107

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 décembre 1906, à 1 heure

PAR

Gaston FERRAND

DES

EPULIS SARCOMATEUSES

A MYÉLOPLAXES

Président : M. SEGOND, *Professeur.*

Juges : MM. PINARD, *Professeur.*
TERRIER, *Professeur.*
LEPAGE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

---

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des travaux anatomiques.
BRINDEAU.	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DESGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MES AIEULS PATERNELS ET MATERNELS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR SEGOND

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse, hommage de profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR PINARD

Accoucheur à la clinique Baudelocque

M. LE DOCTEUR BROCA

Chirurgien à l'hôpital des Enfants-Malades

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin à l'hôpital Beaujon

M. LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien des voies urinaires à l'hôpital Necker

INTRODUCTION

L'épulis sarcomateuse a myéloplaxes, bien qu'affectant tous les âges de la vie, se montre plus particulièrement dans la jeunesse. C'est à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le docteur Broca, qu'il nous fut donné d'en voir plusieurs exemples. Si le sujet, plein d'intérêt par lui-même, nous avait déjà tenté, il ne nous restait plus d'hésitation après la leçon que fit, à ce propos, ce distingué clinicien : nous l'adoptâmes comme objet de ce travail.

Nous sommes heureux de trouver, ici, l'occasion de remercier, tout particulièrement, M. le docteur Broca, non seulement de l'éducation clinique qu'il nous a donnée, mais encore des bons conseils qu'il ne nous a pas ménagés pour la rédaction de cette thèse.

Tous nos remerciements aussi à M. Clunet, son interne, à qui nous devons la coupe histologique que notre ami Dugrès a bien voulu nous dessiner.

*
* *

On a longtemps englobé, sous le nom général d'épulies, dit M. Broca, dans le traité de chirurgie de MM. Duplay et Reclus, *toutes les variétés de tumeurs qu'on trouve au niveau des gencives. Cette classification grossière est insuffisante, aujourd'hui que les détails anatomiques et cliniques, propres à chacune de ces variétés, commencent à être mieux connus, et l'on tend à réserver le nom d'épulis aux tumeurs de nature conjonctive, c'est-à-dire aux fibromes et aux sarcomes.* C'est de ces derniers que nous allons nous occuper; et, parmi les sarcomes, dont on distingue trois variétés : les sarcomes globo-cellulaires, les sarcomes fuso-cellulaires et les sarcomes à myéloplaxes, nous ferons encore une sélection pour ne retenir que les sarcomes à myéloplaxes.

Notre sujet sera donc ainsi restreint : parmi les tumeurs des gencives, appelées épulis, les sarcomes, et parmi ces sarcomes, les sarcomes à myéloplaxes.

*
* *

Définition. — Les épulis sarcomateuses à myéloplaxes sont des tumeurs de nature conjonctive, de pro-

duction accidentelle, se formant aux dépens des rebords alvéolaires des maxillaires et dont la caractéristique est la présence, dans leur tissu, d'éléments anatomiques appelés myéloplaxes. Ces derniers, dont le nom leur fut donné par Ch. Robin, sont des cellules de dimensions variables, dont le protoplasma renferme de nombreux noyaux séparés, et qui entrent dans la constitution normale de la moelle des os.

Après avoir rapidement tracé l'historique de la question, nous ferons une étude de la constitution intime de ces tumeurs et nous insisterons, plus particulièrement, sur leurs symptômes, leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement. Nous dirons aussi un mot, chemin faisant, de leur étiologie, bien que tous les travaux, qui ont été faits jusqu'alors, n'aient guère apporté de lumière sur cette partie du sujet. Nous terminerons enfin par l'exposé de plusieurs observations, les unes personnelles, les autres empruntées aux thèses de E. Nélaton, d'Arnal, de Gœury, de Gruet et de Stepinski.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nélaton (E.) a écrit dans sa thèse de doctorat, en 1860 : *Avant de chercher dans l'histoire de la chirurgie quelles ont pu être les destinées antérieures des tumeurs à myéloplaxes, nous devons établir que, jusqu'à nos jours, on avait entièrement méconnu leur structure intime; on avait négligé, par conséquent, d'en faire une espèce pathologique distincte; on ne possédait, sur leur évolution clinique, aussi bien que sur leurs caractères anatomo-pathologiques, que des notions vagues et incertaines, en sorte que c'est sous des noms variés, plus ou moins étranges et généralement vicieux et obscurs, qui les rendent fort souvent méconnaissables, qu'on peut arriver à découvrir, de loin en loin, dans les auteurs, quelques vestiges de productions morbides semblables à celles dont nous nous occupons aujourd'hui.*

Jusqu'en 1849, époque à laquelle Ch. Robin, dans une note communiquée à la *Société de Biologie*, exposa, le premier, la véritable structure de la moelle des os, les

myéloplaxes étaient inconnus, à plus forte raison les tumeurs à myéloplaxes : le terme exact était ignoré, mais les tumeurs, en elles-mêmes, étaient connues et désignées sous d'autres noms. On s'en rend très bien compte en lisant Ambroise Paré dans son chapitre *des Tumeurs et Chairs superflues des Gencives ;* on reconnaît facilement les épulis qui nous intéressent d'après le tableau qu'il fait de leur lividité, de leur indolence, de leur guérison définitive après excision et cautérisation, de leur récidive après extirpation incomplète, ce qu'il attribue, chose remarquable déjà, à l'altération des bords osseux des alvéoles.

Ce sont encore des tumeurs à myéloplaxes qu'il faut voir dans les tumeurs spongieuses du périoste de Lassus (*Pathologie chirurgicale*, t. I), dans le spina ventosa que décrit Boyer, dans le fongus hématode, les ostéosarcomes et les tumeurs érectiles dont parle Dupuytren dans ses *Leçons orales* (1839) ; n'est-ce pas l'épulis à myéloplaxes, elle-même, qu'il dépeint lorsqu'il dit : *L'ostéosarcome se présente sous deux formes ; dans l'une, la maladie consiste en des fongosités cancéreuses rouges et saignantes qui s'élèvent de la substance de l'os, dans laquelle la maladie est souvent superficielle, c'est-à-dire qu'elle n'en affecte que le bord alvéolaire, le corps n'étant pas gonflé et sa base, surtout, étant restée saine...*

Ne faut-il pas voir encore des épulis à myéloplaxes dans les tumeurs fongueuses sanguines de Forget (*Thèse inaugurale*, 1840), dans les dégénérescences vasculaires du maxillaire inférieur de Vidal de Cassis ?

Nélaton croit ne pas se tromper en pensant que les

tumeurs signalées par Warren, sous le titre de *Tumeurs de texture vasculaire ou tumeurs érectiles* (*Surgical observations on tumours*. Boston, 1837) sont aussi de ces épulis dont nous nous occupons.

Saurel, de Montpellier, décrit *les Tumeurs des gencives connues sous le nom d'épulies* ; il en distingue plusieurs catégories : les épulis fongueuses, les épulis érectiles, les épulis carcinomateuses. Il est à peu près sûr que se trouvent englobées dans ces variétés des tumeurs semblables aux nôtres ; mais les myéloplaxes sont toujours inconnus.

En 1845, Lebert découvre, au microscope, les grandes cellules multinucléées dont sont composées ces tumeurs ; il les appelle cellules-mères fibroplastiques (*Physiologie pathologique*, 1845).

Ce n'est qu'en 1850, que Ch. Robin identifie les myéloplaxes, éléments normaux de la moelle des os, avec les cellules multinucléées, les cellules-mères fibroplastiques de Lebert.

Et c'est enfin en 1856 que Nélaton (E.) présente à la *Société d'Anatomie* une observation clinique qu'il intitule *Tumeur à myéloplaxes*. En même temps que lui, H. Gray fait connaître le résultat des observations anglaises sur un groupe de tumeurs ayant leur point de départ dans la moelle des os. Paget donne à ces tumeurs le nom de myéloïdes.

Depuis lors, peu nombreux sont les ouvrages qui traitent de ces productions morbides : citons l'*Histoire des tumeurs fibroplastiques* de M. Lannelongue (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1868), *les Etudes histo-*

logiques de MM. Cornil et Ranvier, les *thèses de doctorat* d'Arnal (1880), de Gruet (1899), de Stepinski (1901) et les *Leçons cliniques* de M. Broca, dont nous donnions, au début de cette thèse, la division des épulis en fibromateuses et sarcomateuses. Cette division, disons-le en terminant, avait été pressentie déjà, plusieurs années auparavant, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* par Bégin, qui admettait deux variétés d'épulis : l'une, molle, spongieuse et très vasculaire ; l'autre, au contraire, dure et incompressible, composée de tissu serré, très peu vasculaire.

En résumé, les épulis sarcomateuses à myéloplaxes sont entrées depuis peu de temps sous cette dénomination, dans le domaine de la pathologie, et deux noms surtout sont à retenir, ceux de Robin, qui a dévoilé la structure de ces tumeurs, et de Nélaton, qui en a fait la première étude clinique.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique. Pathogénie.

Quel est l'aspect sous lequel se présentent à nous les épulis à myéloplaxes ? Quelle en est la constitution histologique ? C'est à ces deux questions que nous allons répondre maintenant dans ce chapitre.

Examen macroscopique. — Si l'on trouve des épulis ayant la grosseur d'une noix, on en rencontre aussi dont les dimensions atteignent celles d'un œuf de poule ; M. Broca cite même le cas rapporté par Liston, d'une épulis si volumineuse que le nez disparaissait dans la tuméfaction.

Généralement arrondies et lisses, ces tumeurs présentent une coloration brun rougeâtre se rapprochant beaucoup de la couleur du sang ; c'est là, pour Nélaton, *le caractère le plus remarquable et le plus frappant du tissu myéloplaxique*. Leur consistance n'a rien de spécial, tantôt dures, élastiques, incompressibles, elles sont quelquefois ramollies au point de simuler un kyste à contenu liquide. Empruntons encore à Nélaton, et disons comme lui : dans le premier cas, la tumeur est

à l'état de crudité ; dans le second, elle est à la phase de ramollissement.

Faisons une coupe dans une tumeur à la période de crudité ; quels caractères présentera la surface de coupe ? En passant dessus, légèrement, la pulpe du doigt, nous constaterons une certaine rugueur, donnant une sensation analogue à celle qu'on éprouverait en passant la main sur une râpe fine ; cela tient à la présence d'une multitude de petites aiguilles osseuses que le couteau a tranchées. Par le grattage, on obtient un peu de sérosité sanguinolente.

Si nous faisons une coupe semblable à la phase de ramollissement, le couteau pénétrera dans une bouillie brunâtre d'où s'écoulera du sang, quelquefois même du pus.

Ces tumeurs, dont l'une semble être du tissu fibreux et l'autre une pulpe charnue, sont-elles absolument distinctes, ou celle-ci n'est-elle que la première, à une période plus avancée de son évolution ? Nous nous réservons de discuter ce point quand nous aurons vu la constitution intime de ces tumeurs.

Examen microscopique. — Deux choses sont à considérer : les éléments cellulaires et l'épithélium de recouvrement.

Ce dernier n'est autre que l'épithélium pavimenteux stratifié de la gencive, refoulé par l'accroissement continu de la tumeur. Cet épithélium n'est pas toujours normal, il s'en faut. Stepinski, qui a rapporté, dans sa thèse, de nombreuses observations histologiques, dit ne l'avoir trouvé sain qu'une seule fois. Il subit géné-

ralement des modifications : au début, c'est l'hypertrophie des bourgeons épithéliaux interpapillaires ; ajoutons immédiatement, que ce n'est pas là une lésion propre à l'épulis à myéloplaxes ; on la rencontre chaque fois que les couches sous-épidermiques sont le siège d'une inflammation quelconque ou d'une néoplasie, puis, à cette période d'hypertrophie, fait suite un amincissement de toute l'enveloppe épithéliale, avec effacement des papilles et des bourgeons épithéliaux interpapillaires; cela s'explique naturellement par l'augmentation de volume du néoplasme qui pousse devant lui l'épithélium des gencives et le tend, comme nous le disions il y a un moment. Enfin, une dernière modification que l'on peut rencontrer, c'est celle de sa transformation en épithelium adamantin, que M. Albarran a observée et dont il a fait la communication dans le *Journal des Connaissances médicales*, 1886.

Les éléments cellulaires sont de deux ordres : les *myéloplaxes* et les *cellules fusiformes*.

Myéloplaxes. — Au début de cette thèse, nous en avons donné une courte définition ; nous allons maintenant en parler plus longuement. Appelés plaques à noyaux multiples par Müller, cellules géantes par Virchow, ce fut Robin qui leur donna le nom de myéloplaxes (μυελος, moelle et πλαξ, plaque, lame). Ce sont des cellules de dimensions variant de 12 à 100 μ, composées, comme toutes les cellules, d'une membrane d'enveloppe, d'un protoplasma constitué de fines granulations et d'un nombre considérable de noyaux munis d'un ou deux nucléoles brillants. Ces noyaux

sont disséminés dans toute l'étendue du protoplasma et c'est là un point important, car il permet de différencier ces éléments des plaques analogues de la tuberculose (cellules géantes) dont les noyaux occupent la périphérie ou sont entassés, en demi-cercle, vers l'un des bords de la cellule. Les contours des myéloplaxes sont irréguliers, interrompus çà et là par des échancrures et sont munis de prolongements, affectant des formes diverses, tantôt allongés, tantôt cylindriques, tantôt coniques, tantôt enfin terminés en massue. Ces éléments sont-ils absolument semblables aux myéloplaxes de la moelle des os normale? Non, ils présentent presque toujours une hypertrophie portant sur l'élément lui-même ou sur les noyaux, ou encore sur les nucléoles. Leur identité a même été niée par M. Bard ; pour lui, la cellule géante multinucléée, que l'on rencontre dans le tissu morbide dont nous parlons, n'a pas d'équivalent dans l'os normal en voie de formation ou en état de complet développement ; les myéloplaxes vrais, qu'on trouve assez souvent dans les ostéosarcomes globocellulaires, ont des dimensions beaucoup plus restreintes et des réactions histochimiques différentes. A son avis aussi, les productions myéloïdes sont à rapprocher plutôt des inflammations chroniques que des tumeurs.

Toute autre encore est l'opinion de MM. Monod et Malassez ; les soi-disant myéloplaxes ne sont, à leur avis, que des cellules vasoformatives arrêtées dans leur développement, d'où le nom de sarcomes angioplastiques qu'ils donnent à nos tumeurs. Qu'on nous permette de citer ce passage de leur communication :

(*Archives de physiologie*, 1878) : *Quelles sont ces singulières cellules géantes ? Si l'on veut bien se rappeler le développement des vaisseaux, on sera frappé des ressemblances qui existent entre nos cellules géantes anastomosées et le réseau protoplasmique que forment les vaisseaux qui naissent ou s'accroissent. D'un côté comme de l'autre, ce sont des masses protoplasmiques disposées en réseau (réseau vasoformatif de Cornil et Ranvier — cordons angioplastiques de Rouget) envoyant des prolongements qui s'unissent les uns aux autres pour constituer de nouveaux réseaux se creusant enfin de cavités dans lesquelles apparaissent des globules sanguins, soit que ces globules proviennent des voies circulatoires antérieurement développées, soit qu'ils se soient formés, in situ, au sein même de la substance protoplasmique.*

Avant ces deux auteurs, Wegner avait déjà signalé le rapport que présentent ces éléments avec les vaisseaux sanguins, Lewschin avait fait remarquer la possibilité de confondre, dans la moelle des os, certains myéloplaxes avec des anses terminales des vaisseaux et Brodowski les avait appelés angioblastes. Pilliet, plus tard, se basant sur la présence de ces myéloplaxes dans les sarcomes, décrit ces sortes de tumeurs comme étant des angiomes embryonnaires. Examinant une tumeur à myéloplaxes au microscope, il voit, avec M. Mauclaire, *ces myéloplaxes, traités par l'éosine, prendre une teinte jaune orangé et une réfringence particulière indiquant une proportion considérable d'hémoglobie dans le cytoplasma de ces éléments, ce qui est tout à fait en rapport avec ce que MM. Malassez et*

Monod ont dit de l'origine des sarcomes à myéloplaxes

Nous nous trouvons donc en présence de deux opinions : celle des auteurs qui, avec M. Bard, rattachent les myéloplaxes aux cellules géantes que l'on observe autour des corps étrangers, rapprochant ainsi les épulis des inflammations chroniques ; et celle des auteurs qui, avec MM. Monod et Malassez, rattachent les myéloplaxes aux cellules vasoformatives telles qu'on les observe chez le fœtus, faisant ainsi, des épulis, des sarcomes angioplastiques.

Or, dans la moelle osseuse de l'homme adulte, nous trouvons deux formes cellulaires multinucléées : les mégacaryocytes et les myéloplaxes de Robin.

Les mégacaryocytes se rapprochent des myéloplaxes que nous avons pu remarquer dans les épulis, par la différenciation de leur protoplasma, mais leurs noyaux sont unis par des filaments chromatiques alors que dans les cellules sarcomateuses, ils sont totalement distincts les uns des autres.

Au contraire, les myéloplaxes de Robin, rares dans le tissu osseux adulte, mais fréquents dans les os en évolution et surtout dans l'ostéite raréfiante, où ils ont été décrits sous le nom d'ostéoclastes, présentent, dans tous leurs détails, la structure de ces cellules ; c'est donc à ce type de cellule que nous croyons devoir rapporter l'origine des myéloplaxes des épulis, que nous avons pu observer, sans toutefois nier la possibilité d'une histogénèse différente répondant à des formes histologiques diverses.

Enfin, quelle que soit l'origine des myéloplaxes, ce

sont ces derniers qui constituent l'élément essentiel de nos épulis.

Cellules fusiformes. — Ces cellules sont de dimensions variant de 15 à 20 μ en moyenne, de forme régulièrement ovoïde, leurs extrémités sont effilées, terminées par un prolongement qui s'unit au prolongement des cellules voisines. Leur noyau est ovale avec un réseau de chromatine très apparent. Les cellules fusiformes sont enchevêtrées entre elles en tous sens, se groupant par cinq ou six, disposées parallèment, mais ne formant point, le plus souvent, de faisceaux que l'on puisse suivre sur quelque étendue.

Comme nous l'avons déjà remarqué, les épulis sont des tumeurs très sanguines, mais on n'observe pas, à leur intérieur, de vaisseaux normaux.

Si, dans certains cas, comme ceux qu'ont rapportés MM. Monod et Malassez, Pilliet, etc., il y avait de véritables capillaires embryonnaires, intra-cellulaires, creusés dans le protoplasma même des myéloplaxes, dans tous les cas que nous avons pu examiner, nous avons vu le sang contenu dans des espaces lacunaires à contours plus ou moins réguliers et dont les parois sont constituées par les cellules néoplasiques elles-mêmes, cellules fusiformes et myéloplaxes. Ces sinus sanguins, à parois si fragiles, se rompent d'ailleurs fréquemment, formant de vastes nappes sanguines diffuses. Mais, nappes sanguines et sinus, sauf dans les tumeurs ulcérées, forment des systèmes clos où le sang circule librement et qui, en fin de compte, ont, pour

voie d'apport et voie afférente, les vaisseaux de la moelle osseuse.

Dans certaines épulis, le tissu osseux de voisinage subit une prolifération intense, et l'on voit la tumeur envahie par des trabécules osseuses de nouvelle formation.

Ces trabécules osseuses, dit M. Brault, *offrent dans leur intérieur de véritables corpuscules osseux à prolongements anastomotiques bien nets, mais moins nombreux, plus larges d'habitude que ceux du tissu osseux physiologique. A la périphérie de ces trabécules osseuses, il n'est pas rare de voir de jeunes cellules situées à moitié dans le tissu médullaire et englobées par moitié dans l'os dont on surprend ainsi le développement. Enfin, des travées osseuses, en voie de formation, qui sont toujours implantées sur l'os ancien, se dégageant des fibres rigides. Ces fibres, fibres arciformes de l'encoche d'ossification, fibres de Sharpey, quand elles sont comprises dans l'épaisseur de l'os, sont parfois en si grand nombre dans les épulis, qu'elles forment alors la plus grande partie de ces petites tumeurs.*

Voilà donc connue la constitution anatomique des épulis sarcomateuses à myéloplaxes.

Pourquoi donc rencontre-t-on des épulis de consistance ferme, et d'autres ramollies? Faut-il, avec MM. Cornil et Ranvier, dire qu'elles sont, tantôt des sarcomes ostéoïdes, tantôt des sarcomes myéloïdes? Il faudrait alors ne pas se contenter des trois classes de sarcomes que nous avons admises, d'accord avec M. Delbet, et considérer, dans chacune de ces trois classes, plusieurs

variétés, à l'exemple de MM. Cornil et Ranvier. Nous expliquerons simplement la chose de la façon suivante : Les éléments dont ils se composent, n'étant pas toujours entre eux dans un rapport constant, lorsque les trabécules osseuses et les fibres de Sharpey prédomineront, la tumeur sera *ferme* ; quand, au contraire, l'élément vasculaire prendra le dessus, nous aurons une tumeur *molle*. La forme ramollie succède-t-elle à la forme dure, comme le dit Nélaton, nous ne le croyons pas, car nous avons vu des épulis, au début, présenter cette consistance pâteuse très malléable, analogue à celle d'un caillot sanguin, et d'autres ayant acquis un volume assez considérable, et remontant à plusieurs mois, se montrer à nous avec tous les caractères du tissu fibreux, incompressible.

C'est, en somme, **l'élément vasculaire** qui joue le plus grand rôle, dans le changement de physionomie de ces néoplasmes. Son développement peut devenir tel que la tumeur revêt tous les caractères des angiomes ; les vaisseaux augmentent de nombre, se dilatent, donnent lieu même à de vrais anévrysmes où à des épanchements sanguins. C'est encore, ou tout au moins nous le croyons, à la prédominance des sinus sanguins qu'il faut attribuer la coloration rouge violacé des épulis que Nélaton mettait sur le compte de la coloration propre des myéloplaxes.

*
* *

Il nous reste deux points à élucider avant de terminer cette étude anatomopathologique : 1° aux dépens de quelle partie de la mâchoire se forment les épulis ? 2° quelle en est la pathogénie ? Quand nous disons *élucider*, nous allons sans doute un peu loin, la question n'a pas encore été nettement tranchée et nous ferions mieux de dire : nous allons passer en revue les diverses théories qui ont été émises à ce sujet.

L'opinion généralement adoptée en France et en Angleterre est que les myéloplaxes sont des éléments de la moelle osseuse, et que les tumeurs à myéloplaxes sont formées par l'hypergénèse de ces éléments, en un point d'un os (Robin, Paget, Gray, Nélaton, Follin.) Voilà qui se rapporte aux tumeurs à myéloplaxes en général ; les épulis, rentrant dans la classe de ces dernières se formeront donc aux dépens des maxillaires, et, pour préciser davantage, aux dépens des rebords alvéolaires des maxillaires, les parcelles osseuses et les débris épithéliaux, inclus dans ces tumeurs, le prouvent suffisamment.

Mais ici, les auteurs partagent leurs avis ; les uns, avec Virchow, Magitot, Lannelongue et Trélat, attribuent l'origine des épulis au périoste sous-gingival ; Virchow, à l'appui de son dire, rapporte les observa-

tions de Verneuil et Velpeau, où la tumeur est séparée de l'os ancien par une base osseuse ou molle en partie, mais traversée par des aiguilles osseuses; les autres, avec E. Nélaton, Dolbeau, Cornil et Ranvier, les font naître de la moelle osseuse. *Les éléments médullaires des canalicules de Havers*, dit Nélaton, *qui s'abouchentà la surface de l'os, suffisent à expliquer le développement de la tumeur lorsque la lame compacte sous-jacente est complètement intacte : lorsqu'elle est, au contraire, perforée, il est plus facile encore de comprendre que la maladie débute dans les aréoles du tissu spongieux mis à découvert. La tumeur de l'arcade alvéolaire peut n'être, enfin, que le prolongement d'une tumeur intra-osseuse dont la partie principale est encore contenue dans l'épaisseur de la mâchoire.*

Salter les veut voir s'implanter au niveau du collet d'une dent, Magitot les prétend issues du fond d'une alvéole.

En présence de cette diversité d'opinions, nous ne pouvons mieux faire que de conclure avec notre maître M. Broca : *Peut-être toutes ces hypothèses sont-elles réalisées chacune à leur tour et peut-être aussi ces diversités d'origine sont-elles en relation avec certaines particularités de structure. Ainsi les tumeurs à myéloplaxes, que visent Dolbeau et Nélaton, débuteraient à l'intérieur de l'os, dans les cloisons interalvéolaires et ne pousseraient au dehors qu'après rupture de la coque qui, primitivement, les entoure.*

Les épulis étant des tumeurs, leur pathogénie se confond avec celle de toutes les tumeurs en général. Nous ne ferons que citer les théories de Conheim, pour qui toutes

les tumeurs, produites pendant la vie adulte, reconnaissent pour cause l'inclusion, dans les tissus, d'éléments fœtaux ; de Bard, qui voit dans les tumeurs un processus spécial constituant une sorte de monstruosité du développement cellulaire ; les travaux de Carke, Hadden, Moty, Paulowski, Bosc, attribuant aux proliférations néoplasiques une origine due à la présence d'un élément vivant (*microbes*, *coccidies*, *blastomycètes*).

Certains auteurs, cependant, ont attribué aux épulis en particulier, une origine microbienne. C'est ainsi que Francke donne comme microbe pathogène un bacille large de 3 μ; malheureusement, sa découverte n'a pas été confirmée par les inoculations qu'il a faites. Bard se demande également s'il ne faut pas rattacher leur formation à des processus parasitaires microbiens : *Cette localisation,* dit-il, *si fréquente aux maxillaires, parle en faveur de cette origine microbienne. Le parasite trouve un véhicule dans les aliments ; il peut séjourner dans la cavité buccale et pénétrer jusqu'au périoste alvéolo-dentaire par la porte d'entrée que ne tardera pas à lui offrir un petit point de la gencive.* (Désir de Fortunet, *citation* de Bard.)

Salter et Terrillon, à leur tour, trouvent l'origine des épulis dans des dents anormalement développées, incluses ou déviées, *agissant comme un corps irritant, provoquant le début de ces tumeurs et les entretenant par son contact permanent.* Terrillon cite plusieurs observations de Lafont, *de Nantes*, de Mac-Cornac, *de Dublin* et de Watermann, *de Boston*, relatives à des épulis renfermant une dent dans leur tissu, avant de présenter

une observation personnelle de canine incluse au centre d'un sarcome.

En somme, toutes ces théories ne sont que des **hypothèses**, et, pour les épulis, comme pour les autres tumeurs, la pathogénie n'est pas connue.

CHAPITRE III

Nous donnons, ci-après, plusieurs observations histologiques. La première nous est personnelle ; il s'agit d'une épulis à myéloplaxes opérée par M. Broca et dont les coupes furent pratiquées par M. Clunet, son interne.

Observation I

M. Broca avait extirpé, d'un seul bloc, la tumeur de l'os sous-jacent, auquel elle adhérait, ne conservant que le bord inférieur du maxillaire. Il avait complété son intervention en enlevant, à la curette, quelques fongosités d'apparence suspectes contenues dans la partie spongieuse de l'os de part et d'autre de la tumeur.

Technique. — Tumeur et fongosités ont été immédiatement plongées dans le liquide formoacéto-picrique des frères Bouin. Ce liquide a été renouvelé chaque jour pendant une semaine ; nous avons ajouté au dernier liquide 2 p. 100 d'acide chlorhydrique.

Au bout de trois semaines, la décalcification était complète, et nous avons pu inclure, dans la paraffine, des tranches minces de la totalité de la tumeur, depuis la muqueuse jusqu'à la

partie profonde de l'os. Nous avons inclus de même les fragments de fongosités.

Nous avons coloré nos coupes par le picrocarmin, l'hématéine Van Gieson, l'hématéine-éosine-aurentia, l'orcéine, le bleu de Unna, le Giemsa, l'éosine orange bleu de toluidine.

A un faible grossissement, en allant de la superficie à la profondeur, on distingue, sur les coupes, quatre zones : l'épithelium gingival, le derme, le tissu myéloplaxique, l'os.

Epithelium gingival. — Sur la plus grande étendue des coupes, cet épithelium paraît sain. La couche basale est formée d'une assise de cellules allongées, à grand axe perpendiculaire à la ligne qui les sépare du chorion. Le protoplasma se colore, avec intensité, par les couleurs acides ; le noyau est ovale, son grand axe est dirigé dans le grand axe de la cellule ; la chromatine se colore électivement par les couleurs nucléaires ; les nucléoles sont apparents.

La couche moyenne est formée de sept à dix assises de cellules polyédriques, pourvues de prolongements intercellulaires. Le protoplasma se colore avec moins d'intensité. Le noyau est sphérique, avec réseau de chromatine et nucléoles électivement colorés.

La couche superficielle est formée de dix à douze assises de cellules qui vont progressivement en s'aplatissant vers la superficie ; les filaments d'union sont encore faciles à mettre en évidence.

Le protoplasma contient des nucléoles clairs ; il est moins acidophile ; il se teinte en violet par l'hématéine-éosine, en lilas pâle par le triacide ; les noyaux apparents, jusque dans la couche la plus superficielle, sont en picnose.

Vers le centre de la zone superficielle des coupes, l'épithelium manque; il s'agit là d'ulcération mécanique, d'éclatement, en quelque sorte, par développement de la tumeur sous-jacente qui vient faire hernie à la surface. En effet, au niveau des bords de l'ulcération, on voit la couche épithéliale s'aplatir sur une étendue répondant à 40 cellules basales environ, puis cesser

brusquement, sans que les cellules qui la composent subissent d'autre modification que l'aplatissement des couches profondes et moyennes et la diminution du nombre des assises.

Nulle part les cellules néoplasiques ne sont parvenues à rompre la barrière que leur présente la couche basale, et à s'insinuer entre les cellules épithéliales.

Derme. — Le derme est constitué par un tissu conjonctif lâche, riche en vaisseaux. On y distingue des cellules fusiformes et étoilées, des fibres formant des faisceaux peu denses, entrecroisés en tous sens, des fibres élastiques colorées en noir par l'orcéine.

Les vaisseaux de la couche superficielle sont, pour la plupart, des capillaires, dont la paroi, formée de cellules endothéliales à noyaux saillants vers la lumière, est nettement distincte du tissu conjonctif voisin ; certaines vésicules, même, ont une paroi plus différenciée, formée de fibres musculaires lisses et de fibres conjonctives. De part et d'autre de la tumeur, on trouve des tractus conjonctifs épais, et des vaisseaux, artériels et veineux de divers calibres ; ces vaisseaux sont entourés d'un manchon de leucocytes formés presque exclusivement de gros mono-nucléaires.

Tumeur. — Pour examiner la tumeur, nous étudierons d'abord sa structure en elle-même telle qu'elle nous apparaît dans sa partie centrale, puis nous verrons les modifications qu'elle subit au niveau des points où elle entre en contact avec les tissus voisins, épithelium, chorion, os.

Dans la partie centrale de la tumeur, on ne voit que trois éléments : des cellules fusiformes, des myéloplaxes et du sang.

Les cellules fusiformes ont une longueur de 15 à 20 μ ; leur forme est régulièrement ovoïde avec extrémités effilées, terminées par un prolongement qui s'intrique avec le prolongement des cellules voisines. Le protoplasma paraît très finement granuleux ; il se colore, d'une manière homogène, en bleu par le bleu polychrome de Unna, en rouge violacé par le

triacide. Sur les préparations au Giemsa, il apparaît en bleu dans la portion qui entoure le noyau, tandis que les prolongements prennent une teinte plus violacée, presque rose, ainsi que la substance amorphe qui sépare les cellules et semble en être une émanation.

Le noyau est ovale, allongé selon le grand axe de la cellule; le réseau chromatique peu apparent ; le nucléole, volumineux, prend fortement les couleurs nucléaires.

A côté de ces cellules de dimensions relativement restreintes, on voit des éléments beaucoup plus considérables, atteignant 30 et 35 μ ; leur protoplasma et leurs prolongements ont les mêmes réactions colorantes que ceux des cellules précédentes ; mais le noyau est sphérique, volumineux ; son centre ne correspond pas, le plus souvent, au grand axe de la cellule, si bien qu'elle apparaît bosselée à sa partie moyenne. Dans quelques-unes de ces cellules, on trouve deux noyaux séparés ou réunis par un pont de substance chromatique, indiquant une division directe ; d'autres, très rares, présentent des figures de karyokinèse. La chromatine de ces gros noyaux prend plus fortement les couleurs nucléaires que celles des cellules voisines. Le nucléole reste toujours très apparent.

Les cellules fusiformes, enchevêtrées en tous les sens, forment des faisceaux qu'il est impossible de suivre sur une certaine longueur.

Myeloplaxes. — Les myéloplaxes sont de grosses cellules multinucléées ; les plus volumineux que nous ayons mesurés, atteignent 240 μ sur 45, les plus petits 20 μ sur 14. Leur forme est aussi irrégulière que leur volume : les uns sont presque sphériques, les autres polygonaux, à bords émoussés, d'autres, enfin, sont allongés ou pourvus de prolongements épais, ayant, au moins, comme diamètre, le tiers de la longueur de la cellule, et semblables aux gros pseudopodes de certaines espèces d'amibes

Le protoplasma est granuleux ; il se colore toujours, d'une

façon très intense, par toutes les méthodes de coloration, mais non d'une manière homogène.

Sur les coupes au bleu de Unna, la périphérie de la cellule présente des segments bleus ; le centre est teinté en bleu violacé, teinte qui s'étend en certains points jusqu'à la périphérie. Sur les coupes colorées par l'éosine bleu de toluidine, le protoplasma apparaît sablé d'un piqueté violet sur fond rosé, mais, en plusieurs points de la périphérie, le fond rosé disparaît ; le protoplasma se colore en violet d'une façon homogène.

Ce dichroïsme est surtout net sur les coupes colorées au Giemsa, où la majeure partie de la cellule a une couleur violacée avec, vers la périphérie, des placards bleus. Mais, nulle part, cette bordure, plus basophile, ne pousse de prolondements ramifiés, anastomosés entre eux et avec le réticulum conjonctif, comme ceux que Van der Stricht a décrit pour le périplasma des mégacaryocytes de la mœlle osseuse normale.

Aucun des myéloplaxes que nous avons examinés, ne contenait ni vacuoles, ni inclusion cellulaire, comme ceux décrits par Malassez et Monod, dans leur cas de tumeur angioplastique du testicule, forme qu'ils avaient retrouvée dans un cas d'épulis de consistance charnue et qui macroscopiquement ressemblait à un angiome.

Les myéloplaxes sont pourvus de noyaux multiples ; nous en avons trouvé, comme chiffres extrêmes, 3 et 42. La topographie et la forme de ces noyaux est variable. Dans beaucoup de cellules, ils sont répartis d'une manière uniforme dans toute l'étendue du protoplasma. Dans d'autres, ils sont disposés en amas irréguliers : ces amas sont parfois périphériques, mais on n'observe, nulle part, la disposition en couronne si fréquente dans les cellules géantes de la tuberculose. Le protoplasma qui avoisine le noyau, a toujours une réaction légèrement acidophile.

La membrane nucléaire prend fortement les colorations ; elle a parfois un contour régulièrement ovale ; le plus souvent,

elle forme une ligne brisée à angles plus ou moins arrondis.

Dans la plupart des myéloplaxes, tous les noyaux sont nettement distincts les uns des autres, séparés par une bande de protoplasma.

Mais dans quelques cellules, on voit des formes nucléaires, très allongées, présentant trois ou quatre renflements ; elles ont une longueur double ou triple de celle des autres noyaux. Ces formes rappellent, à l'état d'ébauche, le noyau multilobé des mégacaryocytes, dont tous les éléments sont unis par des filaments connectifs chromatiniens. Mais, dans nos coupes, nous n'avons trouvé, nulle part, de myéloplaxes qui, à côté de ces noyaux anastomosés, en présentent d'autres parfaitement isolés.

Le réseau chromatique est, dans tous les noyaux, facile à colorer électivement, bien que formé de filaments assez grêles.

Les nucléoles sont relativement volumineux. A côté des noyaux ramifiés que nous venons de décrire, et qu'on peut envisager comme des formes de division directe, nous avons trouvé, dans quelques cellules, des figures de karyokynèse. Ces figures sont, d'ailleurs, rares ; nous n'en avons pas trouvé deux dans les noyaux d'une même cellule.

Sang. — La tumeur est infiltrée de sang dans toute son étendue. Si nous étudions sa répartition, nous voyons qu'il apparaît, à un faible grossissement, d'une part sous forme de nappes à contours irréguliers, que d'autre part, il remplit de véritables sinus à contours définis mais sans parois propres apparentes.

Les limites des nappes sanguines sont formées par les cellules mêmes de la tumeur : cellules fusiformes et myéloplaxes, disposées sans ordre et dissociées par les globules rouges. Leur contenu est formé d'hématies qui ont toutes, parfaitement, conservé leur forme et leur réaction tinctoriales. On ne voit, nulle part, ni réseau de fibrine, ni figures d'hémolyse, ni mise en

liberté de pigment. Au milieu des hématies, on trouve des leucocytes, polynucléaires, grands mononucléaires et lymphocyqui ne présentent aucun signe de dégénérescence et dont le nombre, par rapport à celui des hématies, semble identique à ceux que l'on voit dans les vaisseaux normaux du derme voisin.

Outre les leucocytes, on trouve, au milieu des hématies, des cellules sarcomateuses : les unes, fusiformes, sont groupées par deux ou par trois, les autres, myéloplaxes, sont isolées, mais pas plus à l'intérieur de ces cavités sanguines qu'en dehors d'elles.

Les sinus, à contours définis, apparaissent disséminés dans toute l'étendue de la tumeur ; ils affectent la forme de capillaires sinueux, coupés les uns perpendiculairement, les autres, parallèlement à leur grand axe, sur une longueur variable. Mais ils n'ont, pour parois, que les cellules sarcomateuses elles-mêmes qui semblent s'ordonner au contact des hématies. La plupart d'entre elles sont des cellules fusiformes qui se groupent en faisceaux parallèles autour de la lumière du sinus ; elles s'aplatissent ; leur noyau, soulevant le protoplasma, fait plus ou moins saillie vers la cavité sanguine, au point de simuler de véritables cellules endothéliales ; mais leur examen attentif montre que leur morphologie et leurs réactions colorantes ne permettent pas de les distinguer des cellules fusiformes voisines auxquelles elles sont accolées sans intermédiaires.

Par place, la paroi du sinus est formée par un myéloplaxe qui se met, pour ainsi dire, à l'alignement des cellules fusiformes qui le précèdent et le suivent ; mais, rien, dans sa structure ni sa forme, ne le distingue des autres myéloplaxes de la tumeur.

La lumière des sinus est tantôt vide, tantôt remplie de sang, en tous points comparable à celui que nous avons décrit dans les nappes sanguines avec lesquelles les sinus communiquent librement.

FIGURE 1

Vue d'ensemble de la Tumeur.

(Coupe colorée à l'hématéine von Gieson) oculaire 3, objectif a² Zeiss.

1. Epithélium gingival.
2. Chorion.
3. Capillaires du chorion.
4. Sang coagulé à la surface d'ulcération.
5. Infiltration leucocytaire autour des espaces vasculaires, partie infectée de la tumeur.
6. Myéloplaxe.
7. Cavité sanguine n'ayant d'autres parois que les cellules mêmes de la tumeur.
8. Vaste nappe sanguine communiquant avec les vaisseaux de la moelle osseuse.
9. Travée osseuse.
10. Moelle osseuse très scléreuse.
11. Vésicule adipeuse de la moelle.

FIGURE 2

Os au voisinage de la Tumeur.

(Coupe colorée au bleu polychrome de Unna) oculaire 3, objectif D. D. Zeiss.

1. Travée osseuse.
2. Ostéoblaste à la surface de la travée.
3. Ostéoblaste dans l'épaisseur de la travée entouré de sa capsule.
4. Myéloplaxe.
5. Cellule fusiforme sarcomateuse.
6. Capillaire de la moelle osseuse.
7. Cellule fusiforme de la moelle osseuse.
8. Cellule conjonctive étoilée de la moelle osseuse.

FIGURE 3

Espace vasculaire dont les parois paraissent formées par les cellules mêmes de la tumeur.

(Coupe colorée à l'hématéine-éosine-orange) oculaire 3. objectif D. D. Zeiss.

1. Espace vasculaire.
2. Cellule fusiforme.
3. Cellule fusiforme multinucléée.
4. Myéloplaxe.

FIGURE 4

Myéloplaxe.

(Coupe colorée au Giemsa) oculaire 3, objectif 1/12, immersion homogène Zeiss.

1. Protoplasma.
2. Périplasma basophile.
3. Noyau isolé.
4. Noyau isolé en karyokinèse.
5. Noyau multilobé.

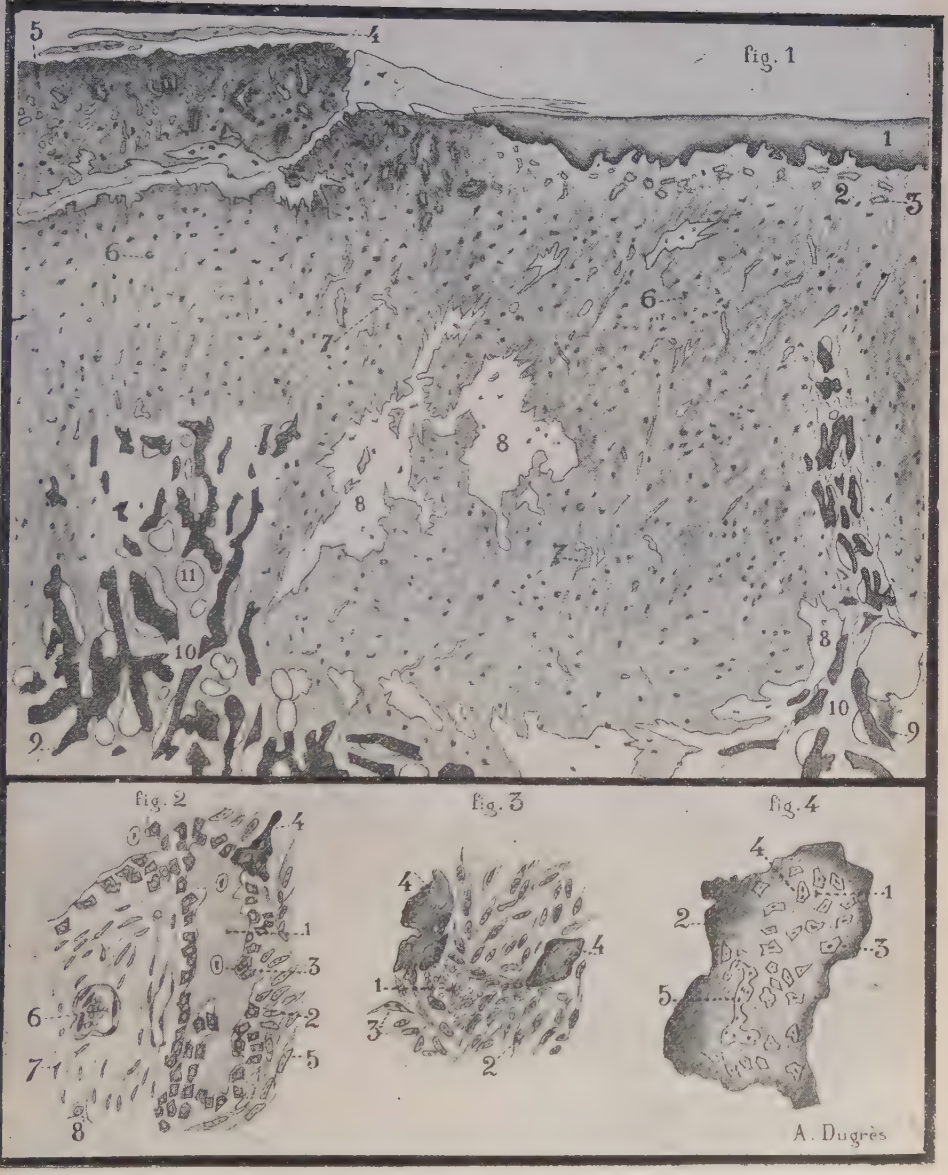
fig. 1
5
4
1
2
3
6
7
8
11
10
9
fig. 2
4
1
3
2
5
6
7
8
fig. 3
4
1
3
2
fig. 4
4
1
2
3
5
A. Dugrès

Il y a, d'ailleurs, tous les intermédiaires entre les sinus à dessin contourné défini et les grandes nappes sanguines irrégulières. Dans les uns comme dans les autres, le sang paraît avoir librement circulé ; nous croyons être en présence bien moins d'hémorragie proprement dite que d'un vaste système caverneux dont les mailles sont plus ou moins distendues ou même rompues, sans qu'il y ait eu, en aucun point, arrêt du cours sanguin. La circulation de la tumeur nous paraît, ainsi, pouvoir être comparée à celle des rates cardiaques où, malgré l'aspect hémorragique de la pulpe, le sang circule dans toute l'étendue du viscère entrant par l'artère et sortant par la veine splénique.

Os. — Si nous étudions le tissu osseux dans la région inférieure des coupes, nous le voyons formé par des trabécules osseuses à contours irréguliers limitant des espaces médullaires.

Les trabécules sont constituées par une substance amorphe qui se colore en rouge vif par le Van Gieson, en brun par l'orcéine. Elles contiennent des ostéoblastes à forme étoilées ; ces cellules paraissent moins nombreuses que dans l'os normal. Dans certaines travées, elles paraissent uniformément réparties dans la substance anhiste ; dans d'autres, elles forment des groupes de trois à cinq au centre de la travée, alors que la périphérie n'en contient que quelques rares isolées. Leur noyau se colore fortement en bleu par le bleu de Unna, ainsi que la zone protoplasmique périnucléaire dont il est difficile à distinguer. Au contraire, la zone périphérique du protoplasma apparaît en violet très pâle, tranchant sur la couleur azurée de la substance fondamentale.

A leur périphérie, les travées osseuses sont entourées par une couche presque continue de cellules polyédriques, disposées, pour la plupart, en une seule couche se superposant, en quelques points, sur deux et trois rangées, de manière à simuler un revêtement épithélial. Ces cellules ont un noyau qui se colore et un protoplasma très basophile. Elles paraissent

beaucoup plus volumineuses que les cellules contenues à l'intérieur de la travée, mais ne sont autre chose que des ostéoblastes jeunes comme on les observe dans l'histogénèse des os normaux.

Cé qui confirme cette interprétation, c'est que ces cellules paraissent unies par une substance hyaline qui reste incolore sur les coupes traitées par le bleu de Unna et l'hématéine-éosine, mais apparaît en rose avec le carmin, fournissant ainsi la réaction de la substance dite préosseuse.

Dans la région profonde de l'os que nous étudions, on ne rencontre ni lacune d'Howship, ni myéloplaxe.

Les espaces médullaires présentent des vésicules adipeuses de volume variable, des cappillaires sanguins, à parois nettement différenciées, englobés dans un tissu conjonctif lâche. Ce tissu est formé de cellules étoilées et fusiformes intriquées dans un fin reticulum à larges mailles.

Les cellules de la série hématopoiétique font presque complètement défaut, si bien que, dans son ensemble, la moelle osseuse que nous étudions rappelle le type décrit dans les os des vieillards sous le nom de moelle grise.

Connexions de la tumeur. — Vers la superficie, nous avons vu la tumeur rompre l'épithélium gingival et faire hernie au dehors. Il s'est produit, en ce point, des hémorrhagies et des infections secondaires. On voit, en effet, d'une part, à la surface de l'ulcération du sang coagulé avec réseau fibrineux et globules partiellement hémolysés ; d'autre part, sur une profondeur d'environ un demi-millimètre, à ce niveau, la région superficielle de la tumeur apparaît, à un faible grossissement, beaucoup plus dense. Cet aspect tient à une infiltration de leucocytes qui dissocient les cellules néoplasiques.

Ces leucocytes sont, presque tous, des polynucléaires neutrophiles, mais on voit, au milieu d'eux, un certain nombre de mononucléaires et de lymphocytes.

Les microbes sont peu nombreux, mais une recherche attentive permet de déceler des cocci groupés pour la plupart en

amas et quelques formes bactériennes isolées. Ces microbes sont extra-cellulaires, nous n'avons pas vu de figure de phagocytose.

La limite de la tumeur et du chorion est très irrégulière dans la région sous-épithéliale. Au faible grossissement, elle apparaît nettement sous forme d'une ligne sinueuse formée par le contraste de coloration des deux tissus. Le chorion est relativement peu coloré ; ses vaisseaux sont relativement volumineux, mais il n'y a pas d'hémorrhagie. La tumeur est très dense, colorée d'une façon intense ; on ne voit plus de contours vasculaires distincts, mais des espaces lacunaires sanguins et des nappes diffuses de dimensions variables.

Dans la région profonde du derme, de part et d'autre de la tumeur, la limite entre le néoplasme et le tissu conjonctif sain est beaucoup plus régulière : bien qu'on ne puisse parler de capsule, proprement dite, on voit cependant des faisceaux de fibres conjonctives se disposer en bandes parallèles à la périphérie de la tumeur ; entre ces bandes, s'accumulent de grands leucocytes mononucléaires.

La tumeur pénètre l'os de toutes parts : ses nappes sanguines et ses sinus communiquent largement avec les vaisseaux des espaces médullaires et refoulent le tissu conjonctif lâche qui les emplit.

Les cellules sarcomateuses fusiformes entrent en contact immédiat avec les manchons ostéoblastiques des travées osseuses et avec les cellules étoilées et fusiformes des canaux de Havers. Elles se distinguent facilement de ces dernières par leur entassement réciproque, par la forme régulière de leur noyau, la chromatophilie beaucoup plus marquée de leur protoplasma.

Les myéloplaxes pénètrent, isolés, dans les espaces médullaires, et même dans l'intérieur des capillaires sanguins, où ils ont été, sans doute, charriés par le torrent circulatoire venu des espaces lacunaires de la tumeur.

On en voit quelques-uns accolés à la trabécule osseuse, et,

en ce point, la couronne ostéoblastique est interrompue, mais, nulle part, nous n'en avons trouvé d'enclavés dans la travée elle-même, comme on le voit dans l'ostéite raréfiante.

Fongosités. — Les coupes de fongosités retirées à la curette, nous ont apparu comme entièrement constituées par du tissu néoplasique, avec tous les caractères qu'il présente dans la région centrale de la tumeur.

Nous croyons donc inutile de revenir sur cette description. (*Obs. clinique I*, voir la planche).

Observation II

(In *Thèse* de Stepinski.)

Epulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Technique. — Coloration à l'hématoxyline éosine coupe d'un centimètre environ.

Le fond du stroma est formé de cellules allongées fusiformes à protoplasma clair, à noyau allongé également suivant le grand axe de la cellule et fortement coloré.

Ces cellules fusiformes s'ordonnent en beaucoup de points suivant des travées qui dessinent de vagues alvéoles. Dans ces alvéoles existent d'autres cellules allongées mais moins nettement fusiformes et se rapprochant un peu de la forme globo-cellulaire.

On y trouve également, et en assez grand nombre, des cellules très volumineuses plus fortement colorées que les autres : les bords en sont irréguliers et tous se rapprochent à des degrés divers de la forme arrondie.

Dans le protoplasma existent un grand nombre de noyaux, huit à dix et même davantage pour chaque cellule : ce sont les myéloplaxes.

Elles sont, pour la plupart, isolées les unes des autres par des traînées de cellules fusiformes.

Il existe très peu de vaisseaux dans la coupe, bien que la tumeur soit très vasculaire. Ces vaisseaux ont conservé la structure embryonnaire. *(Obs. clinique IX).*

Observation III

(In *Thèse* Stepinski.)

Epulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Technique. — Fixation : liquide de Flemmig. Coloration safranine.

A l'examen, au faible grossissement, on constate que la tumeur est recouverte par l'épithélium pavimenteux stratifié de revêtement gingival. Cette couche est absolument normale. On n'y rencontre aucune altération cellulaire et on ne remarque rien d'anormal dans les rapports de cette couche avec le tissu sous-jacent.

Il n'existe pas ici, comme dans les autres cas que nous avons pu examiner d'hypertrophie des bourgeons interpapillaires, de refoulement ou d'altération de nature inflammatoire. C'est un fait digne de remarque, car dans toutes les autres observations, nous avons à signaler ces phénomènes. En dessous de la couche épithéliale dont la limite est nette, nous trouvons directement le tissu propre de la tumeur sans interposition du tissu conjonctif ordinaire sous-épidermique. Ce tissu propre de la tumeur est constitué par du sarcome à myéloplaxes.

A l'examen, au gros grossissement, on trouve des cellules placées les unes à côté des autres, dans le sens de leur grand diamètre et se groupant sous forme de petits faisceaux qui s'entrelacent en divers sens et qui, sur la coupe, se présentent, soit

suivant leur longueur, soit suivant leur largeur, soit même obliquement.

Entre les cellules, on ne trouve presque pas de substance intermédiaire : ce sont des cellules sarcomateuses du type fuso-cellulaire. En certains points cependant, il nous a semblé que quelques cellules appartenaient au type polymorphe. Ces cellules sont pourvues d'un noyau bien visible rond ou ovalaire, assez riche en substance chromatique.

Mais ce qui frappe surtout l'attention dans la coupe, c'est la présence de grandes cellules géantes qui, dans le cas de sarcome, sont désignées sous le nom de myéloplaxes. Ce sont ces masses protoplasmiques, très irrégulières, s'anastomosant parfois entre elles et presque toujours pourvues de petits prolongements irréguliers. Ces cellules sont remarquables par le grand nombre de noyaux qu'elles renferment : ces noyaux sont irrégulièrement disposés. Jamais nous n'avons pu voir dans ces cellules une collerette marginale de noyaux, comme on en trouve si souvent dans les cellules géantes des tubercules à bacilles de Koch. Ces cellules renferment des vacuoles qui, parfois, sont très nombreuses.

La tumeur est riche en capillaires sanguins.

En un point, on trouve une légère accumulation de cellules rondes embryonnaires inflammatoires. *(Obs. clinique fait défaut).*

Observation IV

(In *thèse* de Nélaton.)

Epulis à forme de sarcome à myéloplaxes.

La structure intime du produit morbide a été examinée avec soin par nous au microscope.

Il était constitué par une grande quantité de myéloplaxes qui se présentaient sous la formes de plaques minces, très irrégulières, très nombreuses, contenant, dans leur intérieur, plusieurs noyaux ovalaires également répartis dans leur toute substance et pourvus d'un et quelquefois de deux nucléoles. La forme de ces myéloplaxes est des plus variées. Leur dimension était également très variable entre un et dix centièmes et même quinze centièmes de millimètre. Le nombre des noyaux contenus dans l'épaisseur de chaque plaque était, en général, très considérable; il était de quinze à vingt environ pour les plaques de moyenne grandeur.

Outre ces éléments, on trouvait, en seconde ligne, des éléments fusiformes munis d'un gros noyau central ovalaire, pourvu lui-même d'un nucléole central entouré de granulations. Dans la partie extérieure du noyau, c'est-à-dire vers les extrémités, ces éléments fusiformes offraient un aspect granuleux, partout uniforme, et non cet aspect fibrillaire qu'ils présentent lorsqu'ils sont sur le point de se transformer en tissu fibreux.

L'ensemble des myéloplaxes composait au moins les deux tiers de la tumeur; les éléments fibroplastiques en représentaient environ le quart et le reste était constitué par des granulations graisseuses, des granulations moléculaires, et, de loin en loin, des plaques d'hématosine presque à l'état de cristallisation. (*Obs. clinique X*).

Observation V

(In *thèse* de Nélaton.)

Epulis sous forme de sarcome à myéloplaxes.

La tumeur enlevée est soumise à une coupe ; elle est constituée, dans toute son épaisseur, par un tissu homogène d'une

fermeté comparable à celle du tissu fibreux, d'une coloration gris rougeâtre qui rappelle celle des fibres musculaires de la vie organique ; cette teinte se rapproche en même temps beaucoup de celle du tissu gingival, lequel parait, en effet se confondre intimement avec la substance.

Les éléments anatomiques qui composent cette tumeur permettent de la ranger encore parmi les tumeurs à myéloplaxes. Les plaques à noyaux multiples, sans affecter une prédominance très marquée, représentent cependant plus de la moitié de la masse totale ; leurs dimensions varient entre 0 mm. 02 et 0 mm. 06. Leurs noyaux, au nombre de huit à dix en moyenne, sont généralement pâles et peu accusés. Le reste de la tumeur est formé en majeure partie par des éléments fusiformes, auxquels s'ajoutent des noyaux libres, des granulations moléculaires et des traces de tissu fibreux. Ces divers éléments d'ailleurs, paraissent uniformément répartis dans toute l'étendue de la substance morbide. (*Obs. clinique XI*).

CHAPITRE IV

Etiologie.

Les épulis se montrent indifféremment dans l'un ou l'autre sexe ; cependant, d'après M. Broca, la femme serait plus souvent atteinte que l'homme. Quant à l'âge, les auteurs conviennent, à peu près tous, que c'est dans l'enfance que l'épulis se développe avec le maximum de fréquence, entre 10 et 25 ans. Stepinski, toutefois, dans sa thèse, donne une statistique basée sur 116 observations qu'il a relevées et en tire les conclusions suivante : *Crue rare par bien des auteurs après 35 ans, nous trouvons, au contraire, que le maximum de fréquence de l'épulis se trouve entre 10 et 15 ans (16 cas), puis, entre 25 et 30 (15 cas), de 20 à 25 (15 cas). C'est donc, en somme, chez l'adulte que l'affection semble se développer plus volontiers. Elle est fréquente aussi de 10 à 15 ans (13 cas) et de 15 à 20 (11 cas).*

Les cas que nous avons observés nous-même nous porteraient plutôt à croire, à l'exemple de Nélaton et de M. Broca, que c'est surtout dans la *jeunesse* que se montrent ordinairement les épulis.

Gore et Neumann, enfin, ont parlé d'épulis congénitales, mais sans donner la nature de ces production morbides.

Le siège le plus fréquent des épulis est le maxillaire inférieur. Stepinski, sur 130 cas, trouve 64 fois la tumeur au maxillaire supérieur ; 66 fois au maxillaire inférieur. Salter et Trélat sont d'un avis contraire.

Les causes déterminantes sont très peu connues. Faut-il attacher de l'importance aux traumatismes que es malades invoquent si facilement pour expliquer leur mal? Nous pensons que le voisinage d'une inflammation, une carie dentaire, une violence même ne sont pas absolument étrangers à l'apparition de cette tumeur, car, il n'est pas rare de retrouver dans les antécédents des malades, soit des gingivites, soit des difficultés dans l'éruption des dents, soit des fractures alvéolaires.

Bien que Trélat dise : *Je les ai toujours vu affecter la ligne médiane ou ne s'en éloigner que très peu*, c'est presque toujours dans l'intervalle qui sépare la symphyse du menton de l'angle de la mâchoire, que l'on rencontre l'épulis.

Cet aperçu de l'étiologie étant exposé, nous aborderons, pour la traiter plus longuement, la question des symptômes qui nous permettent d'affirmer qu'on a affaire à une épulis à myéloplaxes et de ne pas la confondre avec les autres productions pathologiques affectant à peu près le même siège.

CHAPITRE V

Symptomatologie. Diagnostic.

Nous commencerons par donner les symptômes communs à toutes les épulis, à établir leur diagnostic, et nous verrons, en terminant, quels sont les caractères propres aux épulis à myéloplaxes.

L'épulis, avant d'acquérir le volume qui la rend appréciable à l'œil, débute par des symptômes purement subjectifs. Etant intra-alvéolaire, elle est par conséquent invisible, et sa présence ne peut être soupçonnée que par les troubles fonctionnels qu'elle occasionne aux malades.

Ce sera d'abord de la DOULEUR PROVOQUÉE par la mastication ou par un traumatisme, puis de la douleur spontanée par compression, dans l'alvéole, du paquet vasculo-nerveux. Cette douleur dentaire acquiert quelquefois une grande intensité, elle s'irradie dans toute la mâchoire et ce n'est que par un palper méthodique de chaque dent, qu'on arrive à trouver le siège de la lésion.

Peu à peu la tumeur s'accroît et finit par pousser devant elle la dent dont elle occupe l'alvéole ; cette dent

devient mobile, prend une direction vicieuse et finit par tomber. Généralement, à cette période de l'évolution de l'épulis, le malade n'attend pas la chute de sa dent ; il la fait arracher, mettant sur son compte toutes les douleurs qu'il ressent. Il obtient d'ailleurs le résultat qu'il espérait de cette extraction : les douleurs se font moins vives, la tumeur n'est plus gênée dans son accroissement, les compressions nerveuses cessent.

C'est à ce moment que le TISSU MORBIDE FAIT SON APPARITION et que les symptômes physiques vont permettre de diagnostiquer, avec certitude, une épulis :

Une tumeur est visible, soit au fond de l'alvéole vide, soit dans l'interstice de deux dents déviées de leur axe, selon que son point d'implantation est au fond d'une alvéole ou sur une cloison inter-alvéolaire.

Elle est lisse, arrondie, non ulcérée, de couleur rouge foncé, lie de vin, la plupart du temps sessile ; on peut trouver cependant une base étroite, qui n'est pas, au sens véritable du mot, un pédicule, mais qui permet de donner à la tumeur des mouvements d'inclinaison.

Elle se développe toujours du côté de la bouche, soit sur la face antérieure de la gencive, soit sur sa face postérieure, soit des deux côtés à la fois, et se moule, en quelque sorte, sur les parties qui l'environnent. La muqueuse buccale qui l'enveloppe s'excorie et s'ulcère parfois sur les points soumis à la pression des dents ; mais il est une erreur possible qui consiste à prendre pour une perte de substance un enduit pultacé recou-

vrant, par place, l'épulis : un grattage léger avec une spatule permettra d'éviter cette faute.

On constate, presque toujours, de petits suintements sanguins, apparaissant à la moindre exploration, ou se produisant même spontanément, et affectant, dans certains cas, une sorte de périodicité. Les hémorrhagies profuses sont très rares et le cas de Hulk paraît être une exception.

La palpation nous révèlera une tumeur tantôt dure, tantôt ramollie, tantôt enfin ferme et présentant, par ci, par là, des points dépressibles.

La tumeur n'a aucune tendance à disparaître d'elle-même ; elle se développe avec rapidité, et atteindrait un volume considérable, si le malade, effrayé, gêné dans la mastication et dans la parole, ne venait consulter un médecin et ne consentait à se faire opérer.

L'épulis est le plus souvent unique chez le même individu ; nous n'avons trouvé qu'une observation d'épulis double (dans *Désir de Fortunet*, *Revue de chirurgie* de 1887, t. VII), aussi l'avons-nous ajoutée à celles que nous avions déjà.

Les ganglions sous-maxillaires ne présentent aucun engorgement ; si on les trouve, dans quelques cas, un peu hypertrophiés, cela tient plus à une inflammation voisine ou à une carie dentaire qu'à la présence de la tumeur elle-même.

***

Quelles sont les affections de la mâchoire que nous pouvons rencontrer et qui peuvent, jusqu'à un certain point, nous en imposer pour des épulis ?

Les NÉVRALGIES, *diathésiques* ou *consécutives à une carie dentaire*, devront être soigneusement diagnostiquées ; car il faut se rappeler qu'au début, ce n'est, presque toujours, que par des douleurs que les épulis trahissent leur présence.

C'est aussi par des névralgies que se manifestent les *odontomes* et les *kystes radiculaires ;* il faudra donc y songer chez des sujets jeunes, à la période de seconde dentition. Dans le cas d'*odontome*, si on examine le nombre des dents du malade, on constate habituellement l'absence d'une ou de plusieurs d'entre elles, car dents qui en sont atteintes restent incluses dans la les mâchoire.

Dans l'*épulis*, au contraire, la dent finit par être expulsée de son alvéole et la tumeur apparaît qui vient dissiper les doutes.

Ce que nous venons de dire se rapporte à l'épulis naissant d'une alvéole, mais lorsqu'elle s'implante sur une cloison inter-alvéolaire, les douleurs manquent et le diagnostic n'est plus à faire avec les névralgies essentielles.

Lorsque l'épulis apparente se présentera sous nos yeux, avec ses caractères de petite excroissance, lisse, arrondie, rouge, adhérente à l'os, il ne faudra pas la confondre avec la tuméfaction des gencives se produisant dans les STOMATITES, avec un ABCÈS DENTAIRE faisant une saillie bien limitée sur la face externe de la gencive et s'accompagnant d'œdème de la joue.

Il est nécessaire également de la différencier des FONGOSITÉS GINGIVALES qu'on classait autrefois dans les épulis. Ces fongosités sont des masses papillaires développées aux dépens des gencives, n'ayant rien de commun avec le maxillaire, saignant au moindre contact et qu'une simple ablation détruit sans retour.

Nous n'insisterons pas sur l'ACTYNOMYCOSE et l'HYPERTROPHIE CÉMENTAIRE de TOMES (*Dental Sugery*, Londres, 1859), qui peuvent, mais rarement, être confondues avec l'épulis ; il suffit d'ailleurs, pour la maladie de Tomes, de relever la gencive pour trouver, au-dessous, la saillie dure qui constitue l'affection. Quant à l'EXOSTOSE SYPHILITIQUE que cite GŒURY, nous n'en parlerons même pas : il est impossible de confondre cette lésion du corps du maxillaire avec les tumeurs à myéloplaxes du rebord alvéolaire.

Les KYSTES DENTAIRES peuvent prêter à confusion quand ils siègent dans l'épaisseur de l'arcade alvéolaire ; mais deux symptômes leur appartiennent en propre : au début, quand la coque osseuse qui les entoure n'est qu'amincie, la pression du doigt déprime cette lamelle osseuse, qui revient sur elle-même aussitôt après avec un bruit de parchemin froissé ; plus tard, lorsque la

lame osseuse est complètement résorbée, le kyste est perceptible au palper et l'on reconnaît sans peine sa fluctuation.

Le CANCER de la mâchoire peut débuter par le bord alvéolaire ; il affecte alors une une forme à laquelle on donnait autrefois le nom d'épulis épithéliale. Ces productions épithéliales n'entrent plus, aujourd'hui, dans la classe des épulis, nom qui est réservé exclusivement, comme nous le disions avec M. BROCA, aux néoplasmes conjonctifs. Il se présente sous la forme d'une tuméfaction recouverte d'une muqueuse, normale d'abord, mais qui ne tarde pas à prendre une teinte violacée, à s'amincir et à s'ulcérer, laissant échapper un liquide fétide, donnant lieu à des hémorrhagies abondantes et aboutissant assez vite à la cachexie. Notons aussi, comme symptôme différentiel très important, l'engorgement précoce des ganglions sous-maxillaires.

L'ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE DENTAIRE est très rare ; deux cas seulement sont connus : ceux de RUFZ et d'HEYFELDER, rapportés en 1856 à la *Société de chirurgie*. Il pourrait fort bien être pris pour une épulis à myéloplaxes, quand, après avoir usé la lame osseuse du maxillaire, il apparaît sous la muqueuse gingivale ; sa réductibilité nous permettra d'éviter cette erreur de diagnostic.

De petits KYSTES ÉPIDERMIQUES ont été signalés par MM. GUYON et THIERRY, sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, surtout dans les premiers mois qui suivent la naissance ; leur contenu semble être de la ma-

tière sébacée ; ces kystes viendraient des débris épithéliaux inclus dans la gencive.

Des ANGIOMES se montrent assez souvent aux gencives, mais il est facile de les distinguer des épulis, d'abord parce qu'ils sont congénitaux et ensuite qu'ils sont réductibles.

Les FIBROMES SOUS-MUQUEUX et les CHONDROMES sont très rares ; leur diagnostic avec les épulis à myéloplaxes est assez difficile quand ils sont en voie de ramollissement.

Nous citerons, à titre du curiosité, plutôt que comme affection pouvant prêter à erreur, les KYSTES HYDATIQUES, dont un cas fut rapporté par LEFOULON, formant sous la gencive une tumeur fluctuante.

Signalons enfin, pour terminer, une maladie très rare, consistant en une HYPERTROPHIE CONGÉNITALE de tout le bord gingival des maxillaires, mais pouvant n'affecter qu'une petite étendue du bord alvéolaire et en imposer ainsi pour une épulis. Les malades qui en sont atteints présentent en même temps une hypertrophie de tout le système tégumentaire avec développement exagéré des poils, qu'on ne trouve jamais coïncidant avec les tumeurs qui nous occupent.

***

Nous saurons donc reconnaître une *épulis*.

Il s'agit maintenant d'en diagnostiquer sa nature *sarcomateuse à myéloplaxes* ; la chose est souvent très délicate avant l'examen au microscope, car les symptômes qui leur sont propres ne se présentent pas toujours, il s'en faut, avec une grande netteté.

Nous dirons d'abord que c'est la variété la plus souvent rencontrée ; et que presque toutes les épulis sont des tumeurs à myéloplaxes. Mais, à côté de cette assertion qui est simplement le résultat d'une statistique, il existe des caractères cliniques qui ont une autre importance.

Tandis que les épulis fibromateuses sont petites, rouge cerise, bien arrondies et très lisses, les épulis à myéloplaxes sont plus grosses, d'un rouge foncé presque violacé et moins régulièrement arrondies. Elles ont une consistance pseudo-fluctuante, d'autant plus molle, que les vaisseaux sanguins y sont plus développés ; *elles présentent, dans quelques cas, des pulsations avec ou sans souffle,* dit Nélaton, ce qui pourrait les faire prendre pour des angiomes pulsatiles ou des anévrysmes ; mais, elles sont irréductibles et ne s'accroissent que graduellement, ce qui les distingue de ces derniers.

La ponction exploratrice nous renseignera également : dans le cas d'épulis à myéloplaxes, elle donnera issue à du liquide séro-sanguinolent, souvent même à du sang pur : résultat que l'on n'obtiendra pas avec un fibrome. Et, tandis que ce dernier n'atteindra jamais un volume bien considérable, l'épulis à myéloplaxes, au contraire, prendra vite des dimensions énormes.

Il est beaucoup plus difficile encore, pour ne pas dire impossible, de distinguer la variété sarcomateuse de l'épulis, avant l'examen histologique. Quoique généralement le sarcome myéloïde est la variété la plus fréquente, on peut rencontrer aussi des sarcomes globo-cellulaires et des sarcomes fuso-cellulaires ; et, tandis que les sarcomes à myéloplaxes sont presque toujours bénins, les autres présentent, au contraire, une gravité incontestable.

De là toute l'importance qu'aurait un diagnostic précoce. A l'origine, aucun signe ne permet malheureusement d'établir qu'on a affaire à telle ou telle variété de sarcomes ; ce n'est que trop tard que les caractères distinctifs se montrent.

En tout cas, persuadé que l'on a devant soi une épulis sarcomateuse, une conduite unique est à tenir : extirper la tumeur le plus rapidement et le plus largement possible.

CHAPITRE VI

Pronostic.

L'épulis sarcomateuse à myéloplaxes est une tumeur que l'on peut considérer comme BÉNIGNE, c'est-à-dire qu'elle n'a aucune tendance à récidiver et aucune à se généraliser. Parmi tous les malades que nous avons observés, et que M. BROCA a opérés, chez aucun le mal n'est réapparu, et nous avons pu les voir presque tous, deux, trois et dix ans après leur opération. NÉLATON n'a aucun cas de généralisation sur cinquante observations et *pas un malade*, dit-il, *n'a reparu à qui on a enlevé la totalité de la tumeur*. Les arguments qu'il invoque en faveur de la bénignité de ces épulis sont les suivants : *elles ont pu persister, dans certains cas, pendant des années entières sans entraîner de graves conséquences, elles n'ont presque aucune tendance à s'ulcérer et les ganglions lymphatiques sont presque toujours restés dans un état d'intégrité parfaite.*

Certains auteurs rapportent des cas de généralisation ; c'est ainsi que LE FORT et TÉRILLON ont observé une mort par généralisation osseuse. Mais les détails de l'examen histologique de la tumeur primitive font défaut ; aussi, adoptant l'avis de NÉLATON, nous dirons :

les épulis qui se généralisent sont bien des sarcomes à myéloplaxes, mais dans lesquels prédomine l'élément fuso-cellulaire.

Ce qu'on peut rencontrer, et qui, jusqu'à un certain point, assombrit le pronostic, c'est la transformation de l'épulis en tumeur maligne, témoin le cas rapporté par HEATH ; les débris épithéliaux inclus dans la masse morbide, ne sont peut-être pas étrangers à cette transformation, d'après M. BROCA. C'est une opération, faite de bonne heure, qui permettra d'éviter ce phénomène.

Quant à la récidive, on l'observera toutes les fois que l'épulis n'aura pas été enlevée en totalité : *la plus petite partie oubliée*, disait DUPUYTREN, *suffit pour la reproduction de la maladie.*

Quoi qu'il en soit, l'épulis n'a aucune tendance à disparaître, ni même à rétrograder ; sa marche est sans cesse envahissante : nous n'avons relevé qu'un cas de disparition spontanée (in *thèse de Nélaton*, 1860.)

En somme, le médecin est MAITRE du pronostic, en faisant une opération complète et en la faisant aussitôt le diagnostic d'épulis assuré.

CHAPITRE VII

Traitement.

Les chirurgiens, autrefois, se contentaient de faire l'extirpation simple de l'épulis ; aussi avaient-ils presque toujours des récidives locales.

Ces récidives qui ne s'expliquaient pas, passionnèrent tous ceux que la question pouvait intéresser ; les esprits cherchèrent, et, en 1778, Jourdain disait : *Dès le commencement de la maladie, l'extraction de la dent après laquelle tient une partie du sarcome, fait cesser les accidents ou en arrête les progrès ; néanmoins, on doit s'assurer de l'état du bassin des alvéoles et cautériser si quelque point paraît suspect.*

La voie était trouvée ; il ne suffisait pas d'enlever la tumeur, il fallait s'attaquer à son point d'implantation.

On chercha le meilleur mode opératoire et Nélaton en 1860, exposait déjà les règles que l'on suit encore aujourd'hui et qui n'ont guère été modifiées.

Voici le *modus faciendi* actuellement en pratique et que nous avons vu donner à M. Broca les superbes résultats que nous relatons dans nos observations. D'abord,

EXTRACTION DE LA DENT OU DES DENTS ENGLOBÉES DANS

L'ÉPULIS. Une avulsion de dent douloureuse, dans un cas relaté par NÉLATON (*thèse* de 1860, *Obs. X*) suffit à extraire une petite épulis à myéloplaxes intra-alvéolaire. C'est peut-être le seul cas observé ; nous ne le citons qu'à titre de curiosité.

Puis EXCISION DE LA TUMEUR ; avec une pince coupante, on fait deux incisions verticales, l'une en avant, l'autre en arrière de la masse morbide, et, à l'aide d'un ciseau et d'un maillet, on achève de détacher la partie ainsi limitée. La tumeur est extraite, mais il ne faut pas s'arrêter à ces deux premiers temps de l'opération ; la récidive ne se ferait pas attendre.

Avec une gouge, IL FAUT FAIRE SAUTER TOUT LE REBORD ALVÉOLAIRE et ne s'arrêter que lorsqu'on a la sensation de reposer sur de l'os sain, de l'os de bonne qualité, on enlèvera à la curette les germes de dents que l'on peut rencontrer si l'on opère un sujet jeune.

MAGITOT et NÉLATON préféraient la *cautérisation* au chlorure de zinc ou à l'acide chromique ; mais aujourd'hui cette méthode a été complètement abandonnée.

Le seul ennui que présente cette opération, c'est la possibilité d'une abondante hémorrhagie ; la compression généralement pare à cet inconvénient ; si toutefois elle était insuffisante, il faudrait alors recourir au thermocautère. Une bonne précaution à prendre, l'opération étant achevée, c'est de tamponner la cavité produite avec de la gaze iodoformée. Ce tamponnement reste peu de temps et tous les soins à donner au malade ne sont plus alors que des soins d'antisepsie : des lavages avec des solutions d'*acide borique* ou de *chloral*.

La CICATRISATION ne se fait pas attendre et, quand a perte de substance est par trop large, on y remédie par l'application d'un appareil de prothèse.

Après une ablation faite selon les règles que nous venons d'indiquer, l'épulis ne reparaît plus.

CHAPITRE VIII

Observation I (personnelle).

Baptiste M... entre le 2 mai 1905 à l'hôpital des Enfants Malades, dans le service de M. Broca.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier.

Il y a un an et demi environ, le malade souffrait des dents : on lui en arracha trois qui se touchaient et étaient cariées. Peu de temps après, à l'endroit où se trouvaient antérieurement ces dents, apparait une tumeur, dure, allongée, du volume du petit doigt. Cette tumeur n'était pas douloureuse ; elle saignait quelquefois un peu quand les aliments portaient dessus. Comme elle augmentait sans cesse de volume, on en fait faire l'ablation par M. le docteur Ausset, de Cahors, en octobre dernier. Deux mois après, la tumeur reparait ; l'enfant est adressé à M. Broca.

Etat actuel. — L'état général du malade est bon. En regardant le visage de face, on constate que la partie inférieure de la joue gauche bombe un peu, surtout en arrière et en dessous de la commissure labiale. Par la palpation on sent, à ce niveau, une petite masse arrondie et dure, adhérente à l'os, et sur laquelle la joue glisse facilement. A droite et à gauche, on sent un petit ganglion sous-maxillaire très dur et roulant sous le doigt.

La bouche étant ouverte, on constate à la mâchoire inférieure, entre la canine et la dernière molaire gauches, l'absence

des dents intermédiaires ; à cette place existe une masse qui déborde la gencive en dehors et en dedans. La partie supérieure de cette masse n'atteint pas tout à fait la hauteur du plateau des dents voisines ; elle est lisse ; sa partie moyenne présente une surface arrondie, légèrement surélevée, rosée, avec des traînées grisâtres ; tout autour, la muqueuse est violacée.

La palpation montre, en outre, que la tumeur est dure, sauf à sa partie supérieure où existe un endroit ramolli, légèrement fluctuant. La muqueuse gingivale est en partie adhérente. L'épaisseur de cette production morbide décroît de haut en bas ; le bord inférieur du maxillaire est absolument lisse et régulier.

Cette tumeur n'est pas douloureuse ; elle saigne parfois, mais sans abondance et ne gêne nullement la mastication.

Le 8 mai, opération sous chloroforme. M. Broca extrait les dents saines en avant et en arrière de la tumeur ; il donne un coup de pince coupante dans les alvéoles sains, puis, avec le ciseau et le maillet, fait sauter le bord alvéolaire. Constatant qu'il reste encore quelques masses molles et violacées reposant sur l'os, sans toutefois y adhérer, il en fait l'ablation à la curette et au thermocautère.

Le soir de l'opération, l'enfant à une hémorrhagie en nappe abondante qu'on arrête par le tamponnement.

Le malade est pâle et présente de l'œdème de la joue gauche ; pas de température ; le pouls est à 120, ample, régulier.

Le 9 mai, au soir, la température s'élève à 38°, le pouls est à 160, bien frappé, régulier. L'œdème de la joue persiste ; on fait au malade des lavages avec une solution de chlorate de potasse à 1 p. 100.

Le 10 mai, la température est toujours à 38° ; l'enfant reprend des couleurs et l'œdème à beaucoup diminué.

Le 18 mai, l'enfant va bien et se promène ; toutefois, M. Dupont, interne de M. Broca constate, avec un stylet, un petit séquestre à la région opérée ; il le fait sauter facilement à la curette.

Le 30 mai, le malade est guéri, et le 1er juin il sort en bon état.

Le jeune Baptiste M..., habitant le midi de la France, il nous a été impossible de le revoir ; mais le docteur Pelissié, médecin de la famille, a bien voulu nous communiquer, sur lui, les renseignements suivants : *Depuis l'opération, l'enfant, qui a aujourd'hui 12 ans et demi, va très bien, la tumeur n'a pas récidivé.*

Observation II (personnelle).

Suzanne L..., 14 ans, vient le 12 avril 1906 à l'hôpital des Enfants-Malades, pour une tumeur du maxillaire supérieur qu'elle a depuis trois mois.

Cette malade est présentée par son père, qui est bien portant ; sa mère est morte en 1901 de pneumonie. Elle-même n'a jamais été malade ; elle a commencé à marcher à 20 mois, et a eu sa première dent à 8 mois.

Etat actuel. — Sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, du côté droit, on remarque une grosseur du volume d'une noix, rugueuse à la surface et de couleur violacée ; cette tumeur s'étend depuis la première molaire, englobe la deuxième, et se termine à la partie postérieure du bord alvéolaire ; elle recouvre toute la gencive, soulevant légèrement la joue correspondante. De consistance ferme, elle ne présente pas d'ulcération à sa surface ; le toucher ne la fait pas saigner. Les ganglions sous-maxillaires sont sains.

Le 13 avril, M. Mouchet extrait la première molaire, puis la deuxième, qui est très déviée en arrière et en dedans ; il enlève la tumeur et resèque le bord alvéolaire. La cavité produite est tamponnée à la gaze iodoformée.

Les pansements sont faits régulièrement jusqu'au 19 avril, jour où la malade quitte l'hôpital.

Il nous a été impossible de retrouver cette malade.

Observation III (personnelle).

Le 1er avril 1897, Marguerite C..., 7 ans et demi, est amenée à l'hôpital Trousseau.

Il y a trois mois, ayant un ruban dans la bouche, l'enfant tira dessus d'un coup sec ; une petite hémorrhagie se produisit et, depuis cette époque, on voit une petite tumeur à la mâchoire inférieure.

Actuellement, au maxillaire inférieur, du côté droit, on constate sur la gencive une tumeur grosse comme une framboise et d'un rouge assez foncé. Indolore et molle, elle recouvre tout le rebord alvéolaire, empiétant beaucoup sur sa face externe, très peu, au contraire, sur sa face interne ; elle est située à la place de la canine absente.

Ajoutons que l'enfant est entrain de faire sa deuxième dentition.

Opération le 8 avril. Après extraction des deux incisives, M. Broca enlève, avec la pince coupante et la gouge, tout le bord alvéolaire à l'endroit malade, de façon à supprimer le point d'implantation de la tumeur. Les dents incluses sont retirées à la curette.

On fait un tamponnement iodoformé.

Le 18 avril 1897, la plaie est en voie de cicatrisation ; l'enfant mange et boit facilement sans la moindre douleur ; elle quitte l'hôpital.

Revue le 10 juin, la guérison est complète et persiste depuis cette date.

Observation IV (personnelle).

Julia M.. , 14 ans, avait en 1895 des hémorrhagies assez abondantes, se répétant cinq ou six fois par jour ; sa mère la conduit à M. Ricard à l'hôpital Necker, et ce dernier constate une épulis. L'enfant est mise sous chloroforme ; on lui extrait deux dents, et on lui enlève sa tumeur. Elle reste onze jours à l'hôpital et en sort bien portante.

Elle revient le 14 août 1899 à l'hôpital Trousseau. Il y a six mois, ayant eu de nouveau une petite hémorrhagie, la mère aperçoit une nouvelle grosseur au maxillaire inférieur. Depuis ce jour, se produisent des hémorrhagies, surtout la nuit, peu abondantes et ne survenant souvent que tous les trois ou quatre jours. La malade ne souffre pas, mais les hémorrhagies deviennent de plus en plus fréquentes et la tumeur grossit.

Etat actuel. — La canine et les deux prémolaires sont extraites ; en avant de la première molaire, qui est cariée, le bord alvéolaire est soulevé par une masse ulcérée contre la dent, peu saillante et ne semblant pas intéresser le corps de l'os. La tumeur est de consistance ferme mais présente par ci par là, des points quasi-fluctuants.

Le 16 août, on fait l'extraction de la dent cariée et de la deuxième molaire, et avec le ciseau et le maillet, on enlève le bord alvéolaire sur lequel reposait la tumeur ; le bord inférieur du maxillaire est sain, on le conserve.

Nous avons revu récemment cette malade, qui se souvient à peine de l'épulis pour laquelle elle fut opérée.

Observation V (personnelle).

Camille L..., 7 ans et demi, entre à l'hôpital Trousseau le 13 février 1896. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire ; son père est bien portant. Dans ses antécédents personnels. à noter la coqueluche à 4 ans, la rougeole à 5 ans.

Il y a dix mois, chute spontanée de deux molaires inférieures droites ; à ce moment, on s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur, siégeant sur le bord alvéolaire, à l'emplacement des dents tombées, ayant le volume d'un petit pois rond ; l'enfant n'éprouve aucune douleur, des hémorrhagies légères apparaissent sans la moindre cause d'irritation.

Depuis trois mois, la tumeur a augmenté rapidement de volume.

Etat actuel. — Le bas de la face est saillant du côté droit ; la peau est de coloration normale. Le bord alvéolaire droit de la mâchoire inférieure est occupé par une tumeur dont la face supérieure est sur le même niveau que le plan qui passerait sur le plateau des dents existantes ; elle s'étend de la canine à la première grosse molaire ; elle déborde le bord alvéolaire beaucoup plus en dedans qu'en dehors.

Un peu bleuâtre, non douloureuse, saignant facilement. cette tumeur est de consistance dure ; sa base large, occupant le bord alvéolaire épaissi, est fortement adhérente au maxillaire qui ne présente aucune augmentation de volume.

On sent un léger engorgement des ganglions sous-maxillaires droits, et des ganglions carotidiens des deux côtés.

Le 22 février, après avoir placé deux pinces, on incise la commissure labiale ; on extrait du côté droit les incisives médiane et latérale, les deux prémolaires et la dernière molaire ; on donne deux coups de pinces coupantes, l'un en avant, l'autre en arrière de la tumeur et, avec le ciseau, on détache le bord

alvéolaire sur toute sa hauteur ; on arrive ainsi sur de l'os de bonne qualité, on enlève à la curette les germes de la canine et des premières molaires permanentes ; on suture la commissure labiale.

Le 2 mars, les fils sont retirés ; il y a réunion par première intention.

Le 8 mars, guérison complète du bord alvéolaire abrasé.

Le 12 mars, le malade guéri, sort de l'hôpital.

Le 6 mai, la guérison persiste ; le bord alvéolaire s'est légèrement exhaussé.

Nous avons revu ce malade, âgé aujourd'hui de 18 ans : la tumeur n'a pas récidivé après l'opération.

Observation VI (personnelle).

Joséphine K..., 8 ans. est la quinzième enfant d'une mère bien portante et d'un père alcoolique.

Un de ses frères a été opéré, à l'âge de 4 ans, par M. Félizet, pour une tumeur vasculaire, qu'il portait à la face externe de la jambe gauche.

Un autre frère présente une absence congénitale de la main et de l'avant-bras droits.

Quelques jours après la naissance de notre malade, on constata qu'elle portait sur la lèvre inférieure, près de la commissure labiale droite, une petite tumeur rouge cerise, de la grosseur d'un pois.

M. Félizet enlève cette tumeur. Trois mois après, il y avait récidive un peu au-dessous du siège initial ; M. Félizet la réopère avec un plein succès, cette fois.

L'enfant vient le 15 mai 1902, à l'hôpital Tenon, parce que

sa mère s'est aperçue qu'elle avait, depuis trois mois au dessous d'un chicot en voie d'expulsion, une petite tumeur rosée émanant de la gencive au niveau de la première molaire gauche inférieure, cette tumeur avait augmenté de volume malgré l'ablation de la dent gâtée.

Actuellement, cette masse, grosse comme une framboise, de couleur violacée, saigne au moindre contact.

Le 16 mai, après avoir enlevé la canine et la première molaire de lait, on voit pointer la première prémolaire permanente. La tumeur implantée, en majeure partie, autour de sa racine, vient avec elle quand on en fait l'ablation.

Le bord alvéolaire est enlevé à la pince coupante, les alvéoles sont curetées et l'on touche au thermocautère.

Le 22 mai, la cicatrice est parfaite.

Nous avons revu cette malade le 27 novembre 1906, c'est-à-dire 4 ans et demi après l'opération. Aucune récidive ; la cicatrice est parfaite.

Observation VII

(In *thèse* de Nélaton.)

Epulis à myéloplaxes de la mâchoire inférieure.

Un homme de 30 ans, pâle et chétif, d'apparence cachectique, porte une tumeur de la grosseur d'une petite noix et de couleur pourprée, adhérente au bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, au niveau des deux premières molaires gauches ; elle s'accroît depuis une année et depuis peu de temps, elle est devenue douloureuse ; elle est aujourd'hui un peu ulcérée à son côté interne et s'accompagne de la présence d'un ganglion sous maxillaire, dont l'engorgement peut être attribué à l'irri-

tation de cette petite solution de continuité. On pratique, avec une tenaille incisive, l'ablation de la tumeur et de la portion osseuse alvéolaire sur laquelle elle s'implante.

Après quelques mois, l'engorgement ganglionnaire était en voie de résolution ; la santé générale était bonne ; il n'y avait aucune trace de récidive.

Observation VIII

(In *thèse* de Gruet.)

Henri W..., charretier, 29 ans, entre au commencement de novembre 1898 dans le service du professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker pour une tumeur de la gencive supérieure.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent aucune particularité. Le malade n'a jamais eu mal aux dents.

Début. — Il y a six mois, W..., s'apercevant qu'il saignait facilement au niveau de la première molaire supérieure droite, examina celle-ci au moyen d'une glace et constata qu'il y avait entre elle et la première incisive, un bourgeon charnu de la grosseur d'un petit pois ; le malade s'inquiéta d'autant moins de cette excroissance qu'il n'en souffrait nullement et ce ne fut qu'au commencement de novembre 1898 que, voyant sa tumeur augmenter régulièrement de volume, il se décida à se présenter à Necker, où il fut aussitôt reçu dans le service du professeur Le Dentu.

A l'inspection, la bouche étant ouverte, on découvre au niveau du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, du côté droit, une tumeur sessile implantée sur ce bord et de la grosseur d'une petite noisette ; cette tumeur présente une coloration violacée ; elle est non pas lisse, mais mamelonnée, de forme arrondie.

La deuxième incisive droite et la première molaire sont, en quelque sorte, enchâssées dans elle ; les deux dents sont saines et la muqueuse avoisinante paraît normale. Au palper, la petite masse est molle et facilement saignante ; la pression ne réveille pas la moindre douleur. Le diagnostic d'épulis s'impose.

Opération le 5 novembre. — Les arcades sont maintenues écartées au moyen d'un ouvre-bouche. Le professeur Le Dentu arrache la deuxième incisive et la première molaire supérieures droites ; ensuite, avec une pince coupante, il taille dans le bord alvéolaire un coin osseux dont la base inférieure correspond précisément à l'implantation de la tumeur ; un tampon de gaze iodoformée assure l'hémostase. Suites opératoires très bonnes. Le malade sort de l'hôpital le cinquième jour en excellent état. Il revient dix jours après pour faire examiner sa plaie qui est parfaitement cicatrisée. On l'adresse à M. Gillard, dentiste, pour l'application d'un appareil prothétique.

Revu en février 1899, la guérison se maintenait. Depuis, pas de nouvelles.

L'examen anatomopathologique, fait au laboratoire de la clinique, a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes.

Observation IX

(In *thèse* de Stepinski.)

Mme H..., brodeuse, âgée de 37 ans, vient consulter en mars 1901, M, le professeur Poirier, à l'hôpital Tenon, pour une tumeur de la gencive supérieure gauche.

Il y a huit mois, la malade voit se former comme un petit abcès dentaire. La petite tuméfaction siège à l'union de la gen-

cive avec la deuxième petite molaire. Cette petite tuméfaction rouge grossit et remonte toujours en refoulant la gencive. Il y a deux mois, on fait arracher les deux premières molaires ; immédiatement, la tuméfaction grossit et actuellement, on note une tumeur résistante de la grosseur d'une cerise, indolore, ne saignant pas au toucher, siégeant dans la gencive supérieure gauche. Elle se continue sur la branche horizontale du maxillaire supérieur où on la perd.

Diagnostic. — Epulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Intervention. — Avulsion de la canine ; résection de la gencive décollée à la rugine ; ablation de la tumeur aussi haut que possible. A ce niveau, on résèque tout le rebord alvéolo-dentaire du maxillaire supérieur. On fait l'hémostase d'une artériole osseuse par écrasement de l'os. Tamponnement de la plaie, gargarismes.

Sortie 7 jours après l'opération.

Revue le 18 avril : l'excavation provenant de l'opération est entièrement comblée. Plusieurs points blanc jaunâtres (épithelium gingival) s'enlèvent comme des pellicules. Douleurs presque nulles ; légers élancements dans l'os maxillaire supérieur.

Examen histologique. — Epulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Observation X

(In *thèse* de Nélaton.)

La malade s'est aperçue de sa tumeur depuis quatre mois ; cette tumeur est aujourd'hui du volume d'une noisette, ovoïde, située sur la face postérieure du bord alvéolaire, en arrière de

la deuxième incisive, de la canine et de la première molaire du côté droit auxquelles elle correspond. Par sa limite inférieure, elle avoisine le plancher de la bouche, et, par sa limite supérieure, atteint le bord tranchant des incisives. Sa consistance est assez ferme, quoiqu'un peu élastique; de couleur bleuâtre, légèrement violacée, elle adhère franchement à l'os maxillaire sur lequel il est impossible de la rendre mobile. Les dents correspondantes ont été ébranlées ; l'une d'elle est même tombée depuis quelques jours. Il n'existe aucun battement dans cette tumeur. Quelquefois, dit la malade, elle donne lieu à un léger suintement sanguin, et, depuis un mois surtout, elle a pris un développement rapide, à la suite, dit-elle, de plusieurs piqûres d'épingles qu'elle y aurait faites.

On pratique, à l'aide d'une trichoise l'extirpation de la portion osseuse alvéolaire qui supporte la tumeur ainsi que les dents correspondantes.

La tumeur enlevée est formée par un tissu de consistance charnue dont la coloration, à la surface de la coupe, est d'un rouge pâle, presque blond, et tout à fait comparable, pour la couleur et la consistance, à la chair musculaire de veau. Il est recouvert entièrement par du tissu gingival aminci qui lui adhère ; il est en connexion intime avec la partie la plus élevée de la face postérieure du bord alvéolaire ; cependant le tissu de l'os même, à ce niveau, n'a éprouvé qu'une perte de substance presque insignifiante, qui l'a seulement rendu un peu rugueux et inégal dans un point très limité. En examinant attentivement cet endroit, on aperçoit, en effet, dans le tissu osseux, une toute petite excavation anfractueuse dont la longueur et la profondeur ne dépassent guère deux millimètres. Il semble que la tumeur ait débuté dans un point de ce tissu extrêmement voisin de sa superficie, et qu'elle se soit ensuite développée tout entière à l'extérieur de l'os, c'est-à-dire sous la membrane périostogingivale qui tapisse le haut de sa face postérieure.

Diagnostic histologique. — Sarcome à myéloplaxes.

Observation XI

(In *thèse* de Nélaton.)

M..., 30 ans, d'une belle constitution, entre à l'hôpital le 19 février 1859, pour une tumeur du volume d'un gros marron, qui date de sept ans, et qui occupe la partie latérale gauche de l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur ; cette tumeur soulève la joue sans y adhérer. D'un rouge vif, sa surface est lisse, luisante, mamelonnée, très ferme au toucher et saignant alors seulement qu'on la frotte un peu durement. Absolument indolente, elle ne gêne que par son volume considérable ; elle paraît s'insérer, par une sorte d'étranglement ou de pédicule, sur le bord alvéolaire au niveau de la deuxième petite molaire, qui manque depuis très longtemps. A partir de ce point, la tumeur va en augmentant de façon à revêtir la forme d'une poire aplatie, qui s'avance en bas et en avant jusqu'au niveau de la commissure labiale et devient accessible à la vue quand le malade rit ou entrouvre la bouche.

Lorsque les dents des deux mâchoires sont rapprochées, la tumeur se loge entre la joue et la face externe de l'arcade alvéolaire inférieure ; son bord inférieur repose sur le sillon gingivo-génal, de façon que les mouvements de mastication ne sont pas gênés.

La maladie a commencé il y a sept ans, dans le point que j'ai indiqué et sous la forme d'une petite saillie rouge ; depuis elle a cru constamment. Jamais aucun traitement n'a été fait.

Toutes les autres parties des arcades alvéolaires sont saines. La santé est excellente ; les ganglions du cou ne présentent aucune trace d'engorgement.

Opération, le 22 février. — On passa la chaîne d'un écraseur autour de la partie rétrécie ; en quelques minutes, quasi

sans douleur et sans hémorrhagie, la presque totalité de la tumeur fut détachée et l'on remit au surlendemain le reste de l'extirpation.

L'implantation principale avait bien lieu au niveau de la seconde petite molaire, mais la gencive qui entourait les deux grosses premières molaires était rouge, dure, hypertrophiée et paraissait formée par un tissu analogue à celui de la tumeur. Les deux grosses molaires étaient d'ailleurs un peu mobiles. Le chirurgien prit donc le parti de réséquer tout le bord alvéolaire, depuis la première petite molaire restée saine, jusqu'à la dent de sagesse.

L'opération ne présenta pas de difficultés. Les deux molaires arrachées, on fit, avec une pince coudée à angle droit sur le plat, une section en avant des limites du mal, puis une autre, en arrière, parallèle ; ensuite, avec une seconde pince incisive, courbe et tranchante par l'extrémité de ses mors, on réséqua horizontalement toute la portion comprise entre les deux sections verticales.

Exécutée sans l'aide du chloroforme, cette opération fut assez douloureuse ; le sang coula avec abondance ; on fit, sur toute la surface vive, une cautérisation énergique au nitrate d'argent. Des bourdonnets de charpie, trempés dans l'eau fraîche, des gargarismes froids, une compresse mouillée sur la joue, constituèrent le pansement. Les douleurs se calmèrent ; le soir, l'opéré ne souffrait plus.

Trois jours après, la plaie était en voie de cicatrisation ; le crayon de nitrate d'argent fut encore promené sur la région opérée et le malade quitta l'hôpital.

Observation XII

(In *thèse* de Nélaton.)

Une petite fille de 9 ans porte une tumeur de la grosseur d'une petite noisette, située un peu au-dessous du feston gingival, sur la face externe du rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure, dans un point qui correspond à la première et à la deuxième petite molaire du côté droit. Ces dents sont saines, mais légèrement ébranlées ; la tumeur est parfaitement indolente, de forme hémisphérique, d'une dureté fibro-cartilagineuse et très adhérente à l'os sur lequel elle s'applique par une base large ; elle est recouverte par la muqueuse gingivale, qui présente, vers son sommet, une légère ulcération.

Cette tumeur s'est montrée, il y a six ou huit mois, à la chute d'une petite molaire de la première dentition, qui était cariée. Elle a été excisée au mois de janvier dernier par un médecin à l'aide de ciseaux courbes, mais elle s'est reproduite presque aussitôt après cette opération insuffisante.

Le professeur Nélaton procède aujourd'hui même à une extirpation plus complète, après avoir fait respirer quelques gouttes de chloroforme. Il veut toutefois ménager autant que possible le bord alvéolaire, pour préserver l'enfant d'une déformation trop considérable ; au lieu de réséquer la portion osseuse correspondante du rebord, il se contente de circonscrire la base de la tumeur avec le tranchant d'une gouge, en pénétrant assez profondément dans le tissu osseux pour en obtenir l'éradication.

Quelques jours se sont écoulés, la petite malade nous est ramenée à la consultation : la portion de gencive intermédiaire aux deux fausses molaires est boursouflée, sous forme de fongosités, ce qui fait naître quelques inquiétudes. On se prépa-

rait à réséquer sur le champ cette portion suspecte, lorsque l'indocilité de l'enfant força de remettre à plus tard l'exécution de ce dessein.

Cette intumescence gingivale était probablement de nature inflammatoire, car, au lieu de s'accroître, elle diminua sensiblement les jours suivants, en sorte que la guérison s'opéra sans entraves.

Il y a neuf mois que l'enfant a été opérée ; son état est toujours aussi satisfaisant.

Observation XII

(In Désir de Fortunet.)

Double épulis.

Jeanne G..., tisseuse, 68 ans, entre le 5 avril 1886 dans le service de M. Mollière pour une épulis double.

Toute sa vie, elle a eu des névralgies dentaires. Une grande partie de ses dents sont tombées depuis longtemps ; à plusieurs endroits, on voit qu'il reste dans les gencives des débris de racines ; actuellement, elle n'a plus sur le maxillaire inférieur, qu'une grosse molaire et, sur le maxillaire supérieur, trois incisives, une canine et une molaire.

Elle porte deux épulis : l'une supérieure, à gauche ; l'autre inférieure, à droite.

La tumeur siégeant au maxillaire inférieur remonte à plus d'un an ; elle est peu volumineuse et occupe exactement la place de la canine droite : couleur blanchâtre au centre, plus vasculaire sur les bords ; consistance très ferme, nullement douloureuse à la pression.

La tumeur du maxillaire supérieur, beaucoup plus volumineuse, soulève fortement la joue ; elle atteint presque la gros-

seur d'un œuf de pigeon et s'étend depuis les incisives jusqu'à la dernière molaire, elle ne remonte pas à plus de cinq mois ; son point de départ a été la place où, normalement, se trouve la canine ; consistance dure, moins ferme cependant que la tumeur du maxillaire inférieur ; lisse, très rouge, très vasculaire, très tendue, nullement douloureuse à la pression.

Aucun ganglion sous-maxillaire n'est engorgé.

Opération le 15 avril. Ablation avec la gouge des deux tumeurs ; le sinus maxillaire est largement ouvert ; l'hémostase est facilement obtenue par une éponge introduite dans le sinus. A la partie inférieure, une artère osseuse, volumineuse, ne cesse de donner que grâce à une forte compression, qui fut renouvelée trois fois dans la journée.

CONCLUSIONS

Le *sarcome à myéloplaxes* est la variété d'épulis que l'on rencontre le plus fréquemment.

Sa pathogénie est encore inconnue ; un grand nombre d'hypothèses ont été faites sur son étiologie.

Sa consistance plutôt molle, sa coloration rouge violacée, son volume assez gros et sa forme un peu irrégulière permettent, en présence d'une épulis diagnostiquée, de reconnaître sa nature histologique.

Son pronostic est nettement favorable. On n'a jamais, avec cette tumeur, de généralisation et de récidive, si l'on opère de bonne heure et si l'on enlève complètement la partie du rebord alvéolaire du maxillaire qui lui a donné naissance.

Vu : Le président de la thèse,
Paul SEGOND.

Vu : Le Doyen
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Ambroise Paré. — Œuvres complètes. Lyon, 1864.

Arnal. — Tumeurs du maxillaire supérieur. *Thèse*, Paris, 1880.

Broca. — Article du traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

Clisson. — Tumeurs à myéloplaxes. *Thèse*, Paris, 1883.

Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique.

Coyne. — Traité d'anatomie pathologique.

Désir de Fortunet. — Notes sur quelques cas de tumeurs des gencives. *Revue de chirurgie*, Paris, 1887.

Dupuytren. — Leçons orales, 1830.

Estlander. — Etude clinique des sarcomes du maxillaire supérieur, traduite du suédois par Thomas.

Forget. — *Thèse*, 1840.

Giraldès. — Leçons cliniques.

Gœury. — Des tumeurs solides du bord alvéolaire. *Thèse*, Paris, 1880.

Gore. — *Thèse*, Doctorat. *Brit. med. journal*. London, 1884, t. I.

Gray. — Tumeurs myéloïdes et myélokystiques du tissu osseux *Archiv. génér. de méd.* 1887.

Gruet. — Contribution à l'étude de l'épulis. *Thèse*, Paris, 1899.

Heurteaux. — Myélomes des gaines tendineuses. *Archiv. génér. de méd.*, 1891.

Kirmisson. — Pathologie externe des quatre agrégés.

Lechaux. — Contribution à l'étude des sarcomes du maxillaire

supérieur. Etude clinique et traitement. *Thèse*, Paris, 1898.

Leh. — Structure et pathogénie des sarcomes. *Thèse*, Paris, 1900.

Longuet et Landel. — Sarcomes à myéloplaxes de la gaine des péroniers latéraux. *Archiv. de méd. expér.*, 1895.

Malassez et Monod. — Tumeurs à myéloplaxes. *Archiv. de Physiol.*, 1878.

Nélaton (E). — Tumeurs à myéloplaxes. *Thèse*, Paris, 1860.

Neumann. — Traité des Heilk. Leipsik, 1871, t. XII.

Nimier. — Article du traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

Philippeau. — Contribution à l'étude de l'épulis. *Thèse*, Paris, 1886.

Pilliet et Mauclaire. — Tumeurs à myéloplaxes. Soc. anat., 1894.

Pilliet et Souligoux. — Sarcomes à myéloplaxes de l'ovaire. Soc. anat., 1897.

Pollosson et Berard. — Rapport au Congrès de chirurgie, 1899.

Richaud. — Des tumeurs myéloïdes. *Thèse*, Strasbourg, 1867.

Richet. — Epulis à myéloplaxes du maxillaire inférieur. Soc. de chirurgie, 1861.

Robin (Ch.) — Compte rendu de la Société de biologie, 1848.

Saurel. — Mémoire sur les tumeurs des gencives connues sous le nom d'épulis. *Thèse*, Paris, 1858.

Stepinski. — Des épulis. *Thèse*, Paris, 1901.

Terrillon. — *Revue de chirurgie*, 1881, t. I.

Tillaux — Traité de chirurgie clinique, t. I.

Trélat. — *Gazette des hôpitaux de Paris*, février 1877.

Virchow. — Pathologie des tumeurs, t. II.

Ziegler. — Traité d'anatomie pathologique, en allemand, Iéna, 1898.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	5
Chapitre I. — Historique	9
Chapitre II. — Anatomie pathologique. Pathogénie	13
Chapitre III. — Observations histologiques	26
Chapitre IV. — Etiologie	45
Chapitre V. — Symptomatologie. Diagnostic	47
Chapitre VI. — Pronostic	56
Chapitre VII. — Traitement	58
Chapitre VIII. — Observations cliniques	61
Conclusions	79
Bibliographie	81

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)